**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| г.Нефтеюганск | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. |

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Санаторий «Юган»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врио главного врача Трофимова Сергея Владимировича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-86-01-003066 от 26.06.2018г выданной Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения ХМАО-Югры с одной стороны и

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель» / «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного пред­ставителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить дан­ные услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество процедур** | **Цена** | **Сумма** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| ***Всего оказано услуг 1 на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рубля \_\_\_\_ копеек, в т.ч.: НДС - Ноль рублей 00 копеек*** | | | | | |

1.2. Срок оказания медицинских услуг:

**2. Права и обязанности сторон**

2.1.Исполнитель обязуется:

2.1.1.Оказать Потребителю платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2.Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесе­ния Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставле­ния документов, подтверждающих оплату.

2.1.3.По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицин­ских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предостав­лении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную меди­цинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах меди­цинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.4.Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.5.Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, посту­пивших от Потребителя.

2.1.6.Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания меди­цинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.Исполнитель вправе:

2.2.1.Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2.При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.3.Потребитель обязуется:

2.3.1.Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора.

2.3.2.Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов про­веденных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3.Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского ра­ботника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4.Потребитель имеет право:

2.4.1.Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5.Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, а именно: паспортные данные; сведения о месте проживания и регистрации; диагноз; результаты исследований; сведения о назначенных процедурах; принимаемых лекарственных средствах.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1.Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

3.2.Потребитель осуществляет 100 %-ную предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.

3.3.В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, ране уплаченной суммы возвращается Потребителю.

3.4.В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

4.1. 3а неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.4 настоящего договора.

**5. Конфиденциальность**

5.1.Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его лечении (медицинская тайна).

**6.Заключительные положения**

6.1.До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.2.Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3.Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.4.Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **7.Реквизиты и подписи сторон:** | |
| Исполнитель: | Потребитель/Заказчик: |
| **автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры**  **«Санаторий «Юган»**  Адрес: РФ, 628322, ХМАО-Югра, Нефтеюганский район, 17км. автодороги Нефтеюганск-Тундрино, территория Санаторий «Юган», территория  Телефон/факс: 8(3463) 23-89-81  Email: guspugan@mail.ru  ИНН/КПП 8619006845/861901001  Депфин Югры (АУ Санаторий «Юган» 620435270)  Р. сч. 03224643718000008700  ЕКС сч. 40102810245370000007  РКЦ Ханты-Мансийск г. Ханты-Мансийск  БИК 007162163  КБК 00000000000000000130 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспортные данные:  Адрес регистрации: |
| Врио главного врача АУ ХМАО-Югры  «Санаторий «Юган»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Трофимов С.В./  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

|  |  |
| --- | --- |
| г. Нефтеюганск | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. |

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** далее «Пациент», в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в АУ «Санаторий «Юган» (далее - Санаторий) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников Санатория полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в Санатории, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Санаторий не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Санатория.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** |  |
| 1 |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись