**Образец Договора**

**на предоставление платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Нефтеюганский р-н | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Санаторий «Юган»**, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице [**должность, Ф. И. О.**], действующего на основании **Устава** и Лицензии № ЛО-86-01-003066 от 26.06.2018г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и

[**фамилия, имя, отчество**], именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

# Общие положения

* 1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров (далее - договоры);

"Потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие [Федерального закона](https://internet.garant.ru/document/redirect/12191967/0) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"Исполнитель" - медицинская организация Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Санаторий «Юган», оказывающее платные медицинские услуги в соответствии с договором.

* 1. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности лицензии **№ ЛО-86-01-003066 от 26.06.2018г**. предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

# Предмет договора

* 1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.
  2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с [порядками](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

* 1. Платные медицинские услуги должны соответствовать [номенклатуре](https://internet.garant.ru/document/redirect/71805302/1000) медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.
  2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
  3. [Перечень](https://internet.garant.ru/document/redirect/55724831/0) платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, отражено в (**Приложении №1)**, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

# Права и обязанности сторон

* 1. **Исполнитель обязуется:**
     1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме, отраженном в настоящем договоре, с соблюдением [порядков](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
     2. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- 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.

* + 1. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
    2. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
    3. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
    4. 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.
    5. Предоставить дополнительные медицинские услуги Потребителю по его желанию на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.
  1. **Исполнитель вправе:**
     1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных мероприятий отказать в их проведении.
     2. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- назначений, рекомендаций специалистов;

- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;

- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

* + 1. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушений режима работы учреждения.
  1. **Потребитель обязуется:**
     1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
     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.
     3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
     4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
     5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.
  2. **Потребитель имеет право:**
     1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями [порядков](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи, [стандартов](https://internet.garant.ru/document/redirect/5181709/0) и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
     2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

# Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

* 1. Общая стоимость услуг отражена в Приложении №1 к настоящему договору, которое является его неотъемлемой частью.
  2. Стоимость услуг Исполнителя определяется на основании действующего прейскуранта на предоставление платных медицинских услуг, действующего на дату заключения договора.
  3. Оплата услуг, предусмотренных настоящим договором производится в размере 100 % предоплаты по выбору Потребителя путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или с использованием платежных банковских карт.
  4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, их предоставление оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору, либо заключается новый договор.
  5. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.
  6. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
  7. 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, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

# Ответственность сторон за невыполнение условий договора

* 1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
  2. В случае оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
  3. 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. 3.3.2](#anchor332) настоящего договора, а также в случаях, предусмотренных [п. 3.3.4](#anchor334) настоящего договора.
  4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

# Конфиденциальность

* 1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
  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 (врачебная тайна).

# Заключительные положения

* 1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
  2. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
  3. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- [порядок](https://internet.garant.ru/document/redirect/5755550/0) оказания медицинской помощи и [стандарты](https://internet.garant.ru/document/redirect/5181709/0) медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

* 1. Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
  2. Приложения к договору:

- Перечень медицинских процедур - Приложение №1;

- Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг – Приложение №2.

# 8. Реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры**  **«Санаторий «Юган»**  Адрес: РФ, 628322, ХМАО - Югра, Нефтеюганский район, Тер 17 км автодороги Нефтеюганск-Тундрино, Тер Санаторий Юган  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//УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре г. Ханты-Мансийск  БИК 007162163  КБК 00000000000000000130 | **Потребитель**  [**фамилия, имя и отчество (при наличии)**], проживающий(ая) по адресу:  [**адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения**]  [**иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения**]  паспорт: [**данные документа, удостоверяющего личность**]  телефон: [**указать номер**]  [**подпись, инициалы, фамилия**] |
| [**должность**] АУ «Санаторий «Юган»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |  |

Приложение №1

к Договору №\_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Перечень медицинских процедур**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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.* | | | | | |

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

**Приложение №2**

к Договору №\_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ 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.

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