

Договор
на оказание платных медицинских услуг (для физических лиц)

г. Норильск

«___» _____ 202_г.

(ф.и.о.)

имеемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с одной стороны, и КГБУЗ «Норильская МБ № 1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, лицензии № ЛО41-00110-24/00590125 от 08 октября 2020г., с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем :

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с договором Исполнитель принимает на себя обязательства предоставить Потребителю на возмездной основе платные медицинские услуги (далее - услуги) в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, утвержденные в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. По настоящему договору Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№	Код услуг	Наименование услуг	Цена
		ИТОГО:	

1.3. Потребитель при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем представляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения указанных в п.1.2. настоящего договора видов медицинской помощи за счет государственных средств в соответствии с действующей Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи.

1.4. Подписав настоящий договор, Потребитель выражает свое добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на платной основе, подтверждает свое ознакомление с объемом и условиями оказываемых платных услуг.

1.5. Срок оказания медицинских услуг не более шестидесяти дней, с даты заключения договора. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.6. По окончании оказания медицинских услуг выдается заключение, оформленное в установленном законом порядке.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

2.1.2. Исполнитель вправе с уведомлением Потребителя вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение, с обязательным оформлением дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. В случае отказа Потребителя от дополнительных услуг, исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

2.1.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка Исполнителя, назначений лечащего врача и медицинского персонала.

2.1.5. Исполнитель имеет право изменить сроки оказания медицинской услуги по причинам, не предусмотренными настоящим договором.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2.2. Исполнитель обязан предоставлять Потребителю информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме, информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.2.3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Потребителя.

2.2.4. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.3. Права Потребителя:

2.3.1. Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.3.2. Потребитель вправе требовать проведения по его просьбе консилиума.
2.3.3. Потребитель вправе в любой момент отказаться от оказания ему медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченные денежные средства, за исключением фактически понесенных Исполнителем расходов. Порядок возврата денежных средств регламентируется п. 3.4. настоящего договора.

2.4. Обязанности Потребителя:

2.4.1. Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.4.2. Потребитель обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4.3. Потребитель обязуется соблюдать правила поведения и внутреннего распорядка, установленных Исполнителем.

2.4.4. Потребитель обязуется выполнить все указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения. Потребитель обязан соблюдать указания специалистов Исполнителя, которые он должен соблюдать после оказания услуги. Потребитель понимает, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя может снизиться качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4.5. В случае необходимости оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Потребитель обязан их оплатить до оказания услуг.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 1.2. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим на момент заключения настоящего договора Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, и составляет _____ (_____) руб. 00 коп., НДС не облагается.

3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, указанных в п. 1.2. настоящего договора по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или по QR через банковское приложение.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость оказываемых по настоящему договору услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза, сложности и иных затрат на лечение.

3.4. В случае отказа Потребителя от продолжения оказания ему услуг, а равно возникновения причин не зависящих от Исполнителя и Потребителя, связанных с сокращением объема предоставляемых услуг, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные ему услуги.

Возврат денежных средств осуществляется на основании заявления Потребителя, к которому прилагаются амбулаторная карта, оригинал кассового чека (документа, подтверждающего оплату), а также с указанием реквизитов для перечисления денежной суммы. Возврат денежных средств через кассу Исполнителя не осуществляется.

3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., денежные средства, внесенные Потребителем, возврату не подлежат.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. В случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании услуг до оплаты последним их стоимости.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье, а также в случаях, предусмотренных п.2.1.5. и 3.5 настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, военные действия, забастовки), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

4.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей".

4.5. Все разногласия, вытекающие из Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров. Потребитель, при обнаружении недостатков в оказанной Услуге, вправе обратиться к Главному врачу Исполнителя, направить обращение (жалобу) электронным письмом по адресу e-mail: OGANERIVOMS@mail.ru или через официальный сайт Исполнителя www.pohospital1.ru. Ответ на письменное обращение (жалобу) Исполнитель отправит на почтовый или электронный адрес Потребителя, указанные в п. 7. Договора.

4.6. Потребитель подтверждает, что адрес, указанный в разделе 7 является единственным надлежащим адресом для направления корреспонденции Потребителю.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств: по соглашению сторон; в одностороннем порядке по письменному заявлению Потребителя; в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Потребителем принятых на себя обязательств по настоящему договору и невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, при этом денежные средства, внесенные Потребителем, возврату не подлежат.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительными соглашениями, которые после подписания становятся неотъемлемой частью договора.

7. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН.

Потребитель	Исполнитель
Ф.И.О	КГБУЗ «Норильская МБ №1»
Паспорт, серия, №	663300, Красноярский край, г. Норильск, район Центральный, ул. Озерная, здание № 51
Кем выдан	ИНН 2457030142 / КПП 245701001
Адрес регистрации/ проживания:	
Телефон:	
Эл. Адрес:	
_____ / _____	_____ / _____
« ____ » _____ 202_ г.	« ____ » _____ 202_ г.

Мне выданы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы

(подпись ФИО Потребителя)

При заключении Договора на оказание платных медицинских услуг, согласно Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", мне «Потребителю»:

(ФИО)

предоставлена следующая информация, в том числе размещенная на сайте медицинской организации в сети "Интернет" [https:// norhospital1.ru](https://norhospital1.ru) и на информационных стендах (стойках) в фойе в наглядной и доступной форме:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в договоре, с указанием цен в рублях, сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736.

Я, подтверждаю, что на момент заключения договора мне в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

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

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Я, уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Я, вправе направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме меня:

Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Красноярскому краю, 660021, г. Красноярск, пр. Мира, д. 132, телефон 2-211-141, e-mail: info@reg24.roszdravnadzor.gov.ru

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Красноярскому краю, 660097, г. Красноярск, ул. Каратанова, д. 21, телефон 8 (391) 226-89-50 (многоканальный), телефон «горячей линии» 8 (391) 226-89-50, e-mail: office@24.rosspotrebnadzor.ru.

Министерство здравоохранения Красноярского края, 660017, г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3, телефон 211-51-51, e-mail: office@kraszdrav.ru.

Я, предупрежден, что при предъявлении мной требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

Я, предупрежден, что после исполнения настоящего договора Исполнитель выдает мне медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

(подпись, ФИО Потребителя)

Я, подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня 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.

(подпись, ФИО Потребителя)