**Договор № \_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Калуга** |  **«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.** |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужская областная клиническая детская больница», (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-40-01-001751 от 15.10.2019г, выдана министерством здравоохранения Калужской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника планово-экономического отдела М.А.Титовой, на основании доверенности от 19.08.2024г,с одной стороны, и Пациент/ законный представитель Пациента/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.      Предмет договора**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. следующие медицинские услуги

Консультация врача специалиста:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и в размере, установленные настоящим Договором.

 1.2. Исполнитель выполняет медицинские услуги на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, с соблюдением действующих порядков оказания медицинской помощи в объеме соответствующих стандартов медицинской помощи либо – по просьбе пациента – в объеме, превышающем объем выполняемого (в связи с оказанием услуги) стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки оказания платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г

**2.      Права и обязанности сторон**

 ***2.1. Исполнитель обязуется:***

 2.1.1. Ознакомить Заказчика с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг.

 2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения, соблюдение требований действующего законодательства в области здравоохранения.

 2.1.3. Обеспечить Заказчика информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, о квалификации специалистов.

 2.1.4. Своевременно информировать Заказчика о применяемых к Пациенту методах обследования и лечения, возможности развития осложнений.

 2.1.5. После проведения лечения выдать Заказчику выписку из истории болезни Пациента.

 2.1.6. Оформлять и вести медицинскую документацию, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

 2.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

 2.1.8.  Обеспечить Заказчику по его просьбе получение информации о состоянии здоровья Пациента.

 2.1.9. Предупредить Заказчика о предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

 ***2.2. Исполнитель имеет право:***

 2.2.1. Определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг. В случае возникновения неотложных состояний при отсутствии законных представителей Пациента самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.

 2.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий Пациенту, немедленно уведомив его об этом, в случаях:

-   при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

-   в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора;

-   при предоставлении Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента;

-   при нарушении Заказчиком (Пациентом) правил внутреннего распорядка учреждения.

***2.3. Заказчик обязуется:***

2.3.1. Ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг. Без подписанного информированного согласия настоящий договор недействителен.

**Договор № \_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Калуга** |  **«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.** |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужская областная клиническая детская больница», (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-40-01-001751 от 15.10.2019г, выдана министерством здравоохранения Калужской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника планово-экономического отдела М.А.Титовой..,на основании доверенности от 19.08.2024г с одной стороны, и Пациент/ законный представитель Пациента/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.      Предмет договора**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. следующие медицинские услуги

Консультация врача специалиста:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и в размере, установленные настоящим Договором.

 1.2. Исполнитель выполняет медицинские услуги на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, с соблюдением действующих порядков оказания медицинской помощи в объеме соответствующих стандартов медицинской помощи либо – по просьбе пациента – в объеме, превышающем объем выполняемого (в связи с оказанием услуги) стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки оказания платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г

**2.      Права и обязанности сторон**

 ***2.1. Исполнитель обязуется:***

 2.1.1. Ознакомить Заказчика с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг.

 2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения, соблюдение требований действующего законодательства в области здравоохранения.

 2.1.3. Обеспечить Заказчика информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, о квалификации специалистов.

 2.1.4. Своевременно информировать Заказчика о применяемых к Пациенту методах обследования и лечения, возможности развития осложнений.

 2.1.5. После проведения лечения выдать Заказчику выписку из истории болезни Пациента.

 2.1.6. Оформлять и вести медицинскую документацию, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

 2.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

 2.1.8.  Обеспечить Заказчику по его просьбе получение информации о состоянии здоровья Пациента.

 2.1.9. Предупредить Заказчика о предоставлении дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

 ***2.2. Исполнитель имеет право:***

 2.2.1. Определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг. В случае возникновения неотложных состояний при отсутствии законных представителей Пациента самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.

 2.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий Пациенту, немедленно уведомив его об этом, в случаях:

-   при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

-   в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора;

-   при предоставлении Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента;

-   при нарушении Заказчиком (Пациентом) правил внутреннего распорядка учреждения.

***2.3. Заказчик обязуется:***

2.3.1. Ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг. Без подписанного информированного согласия настоящий договор недействителен.

2.3.2.  Оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором.

2.3.3.  Для качественного предоставления медицинских услуг сообщить до начала ее оказания:

-   все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

-   о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях;

2.3.4. Точно выполнять назначения врача или способствовать их выполнению (в зависимости от возраста Пациента)

2.3.5.  Согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

***2.4. Заказчик имеет право:***

2.4.1. Отказаться от получения пациентом медицинских услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги.

2.4.2. При заключении договора потребовать от Исполнителя составить смету на предоставление медицинских услуг, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

**3.      Цена и порядок оплаты медицинских услуг**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным главным врачом.

3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или через терминал самообслуживания в установленном настоящим договором порядке.

**4.      Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту, и не несет ответственности за действия третьих лиц.

4.3. При предоставлении Заказчиком анализов, сделанных сторонними медицинскими учреждениями, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

**5.      Порядок разрешения споров**

5.1.В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

**6.      Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Настоящий договор заключен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке при предварительном уведомлении другой стороны не менее чем за 10 (десять) дней.

**7.Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

 **Исполнитель: ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая детская больница»**

Адрес 248007, г. Калуга, ул. Вишневского, д.1. тел.: (4842) 59-10-16, ИНН 4027022792; КПП 402701001;

БИК 012908002 Министерство финансов Калужской области (ГБУЗ КО «КОКДБ л/с № 20740А89570)

Казначейский счет 03224643290000003700

Банк получателя: Отделение Калуга Банка России//УФК по Калужской области г. Калуга Единый казначейский счет 40102810045370000030, ОГРН 1024001188969

**Начальник планово – экономического отдела**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **М.А.Титова**

##  Заказчик (законный представитель):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  (подпись)

2.3.2.  Оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором.

2.3.3.  Для качественного предоставления медицинских услуг сообщить до начала ее оказания:

-   все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

-   о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях;

2.3.4. Точно выполнять назначения врача или способствовать их выполнению (в зависимости от возраста Пациента)

2.3.5.  Согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

***2.4. Заказчик имеет право:***

2.4.1. Отказаться от получения пациентом медицинских услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги.

2.4.2. При заключении договора потребовать от Исполнителя составить смету на предоставление медицинских услуг, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

**3.      Цена и порядок оплаты медицинских услуг**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным главным врачом.

3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или через терминал самообслуживания в установленном настоящим договором порядке.

**4.      Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту, и не несет ответственности за действия третьих лиц.

4.3. При предоставлении Заказчиком анализов, сделанных сторонними медицинскими учреждениями, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

**5.      Порядок разрешения споров**

5.1.В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

**6.      Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Настоящий договор заключен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке при предварительном уведомлении другой стороны не менее чем за 10 (десять) дней.

**7.Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

 **Исполнитель: ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая детская больница»**

Адрес 248007, г. Калуга, ул. Вишневского, д.1. тел.: (4842) 59-10-16, ИНН 4027022792; КПП 402701001;

БИК 012908002 Министерство финансов Калужской области (ГБУЗ КО «КОКДБ л/с № 20740А89570)

Казначейский счет 03224643290000003700

Банк получателя: Отделение Калуга Банка России//УФК по Калужской области г. Калуга Единый казначейский счет 40102810045370000030, ОГРН 1024001188969

**Начальник планово – экономического отдела**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**М.А.Титова**

##  Заказчик (законный представитель):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  (подпись)