Приложение №6

к приказу от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ФОРМА***

ДОГОВОР № Номер договора

на оказание платных медицинских услуг детям старше 15 лет

(рентгенологическое исследование)

г. Сургут Дата договора г.

**Исполнитель:** Полное наименование учреждения в лице Должность в род. пад. Ф.И.О. в род. пад., действующей на основании доверенности Номер и дата выдачи доверенности, с одной стороны, и

**Заказчик:** Ф.И.О. заказчика, проживающий по адресу Адрес фактического места жительства, с другой стороны,

**Пациент** Ф.И.О. пациента, дата рождения, проживающий по адресу Адрес фактического места жительства, с третей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. Исполнитель обязуется выполнить Пациенту рентгенологические исследования:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Кол-во | Тариф,руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |

(в дальнейшем - услуги), а Заказчик оплатить их в соответствии с условиями настоящего договора.

* 1. Исполнитель оказывает услуги на основании:
* Устава;
* «Положения об организации и оказании платных медицинских услуг (дополнительных к гарантиро­ванному объему бесплатной медицинской помощи) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1», утвержденного Исполнителем;
* Лицензии № Номер лицензии от Дата выдачи лицензии г выдана Кем выдана лицензия, адрес места нахождения: Адрес места нахождения органа выдавшего лицензию, тел. Телефон органа выдавшего лицензию (Приложение №1 к настоящему договору).
  1. Место оказания услуг: Адрес места оказания услуг.
  2. Основанием для заключения настоящего договора являются медицинские показания и желание Пациента получить услуги.
  3. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, клинических рекомендаций (при наличии), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
  4. Пациенту в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
  5. Срок ожидания платной медицинской услуги (рентгенологическое исследование) не может превышать 30 календарных дней со дня обращения Пациента в медицинское учреждение (за исключением случаев: неявка пациента в назначенное время, выбор конкретного врача пациентом и другие причины, не зависящие от медицинской организации). По медицинским показаниям или по согласованию с пациентом, срок ожидания платной медицинской помощи может быть увеличен.

1. **Цена договора и порядок расчетов**
   1. Цена услуги установлена «Информацией о ценах на платные медицинские услуги стоматологического профиля, оказываемые (выполняемые) БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1», утвержденной в установленном порядке.
   2. Цена настоящего договора составляет Сумма цифрами и прописью.
   3. Заказчик оплачивает услуги после подписания договора единовременно предварительно в размере 100% цены договора в следующем порядке:

* платежной банковской картой через банковский терминал, установленный по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8; ул.Пушкина, 5/1 с предоставлением Заказчику чека, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых услуг;
* наличными денежными средствами в кассу учреждения по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8. с предоставлением Заказчику контрольно-кассового чека, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых услуг;
* в безналичном порядке на основании выставленного счета. Счет выставляется в бухгалтерии Исполнителя по просьбе Заказчика, на основании предоставленных Заказчиком реквизитов по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8;
  1. После завершения лечения Исполнитель и Заказчик оформляют и подписывают акт об оказании услуг.

1. **Срок оказания услуг**
   1. Предварительный срок оказания услуг с учетом диагноза заболевания:

* Начало срока лечения Дата начала лечения.
* Окончание срока Дата окончания лечения.

1. **Обязанности Исполнителя**

Исполнитель обязан:

* 1. Оказать услуги по ценам, действующим на момент оплаты услуг.
  2. Оказать услуги после предварительной 100% оплаты услуг Заказчиком.
  3. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации;
  4. Обеспечить безопасность услуги в процессе ее оказания.
  5. По требованию Пациента предоставить в доступной форме информацию об оказываемых услугах, содержащую следующие сведения:
* порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (при наличии), применяемые при оказании услуг;
* информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* о результатах обследования;
* другие сведения, относящиеся к предмету договора.
  1. Отказаться от оказания услуги, если с медицинской точки зрения оказание Пациенту услуг не показано или если у Пациента имеются противопоказания к данным услугам.
  2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
  3. При оказании услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.
  4. По требованию Заказчика составить смету на предоставление платных медицинских услуг. Смета в этом случае будет являться неотъемлемой частью договора.
  5. После исполнения договора выдать Пациенту результаты исследований на бумажных носителях и (или) в электронном виде.

1. **Права Исполнителя**

Исполнитель имеет право:

* 1. В случае возникновения неотложных состояний у Заказчика, самостоятельно определить объем исследований, манипуляции, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором либо привлечь специальную бригаду экстренной помощи.

1. **Обязанности и права Заказчика**

Заказчик обязан

* 1. произвести 100% предварительную оплату объема услуг сразу после подписания договора.

Заказчик имеет право:

* 1. Требовать составление Исполнителем сметы на оказываемые услуги

1. **Обязанности Пациента**
   1. Пациент обязан выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщение врачу, необходимых для этого сведений: о состоянии здоровья, о перенесенных имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
   2. При выявлении каких-либо недостатков в процессе получения услуги и после нее незамедлительно обратиться к Исполнителю.
   3. Пациент должен соблюдать правила поведения в медицинской организации.
2. **Права Пациента**

Пациент имеет право:

* 1. Требовать предоставление услуг надлежащего качества.
  2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала
  3. На обследование в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
  4. На проведение по его просьбе консилиумов и консультаций других специалистов;
  5. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
  6. На получение информации о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях (при наличии), о методах оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах;
  7. На получение информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем услугу;
  8. Отказаться от получения услуг на любом этапе исполнения Договора. В этом случае договор расторгается по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
  9. На назначение нового срока оказания услуг путем заключения дополнительного соглашения к договору.

1. **Ответственность сторон**
   1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение обязательств по договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, разрешенным на территории РФ, а также в случае виновности в причинении вреда здоровью Заказчика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественных услуг, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель не несет ответственности за возможные осложнения, развивающиеся по вине Пациента.
   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**.**
2. **Срок действия договора**
   1. Договор считается заключенным с момента достижения соглашения по всем существенным условиям договора и его подписания сторонами.
   2. Срок действия договора с Дата начала действия договора по Дата окончания действия договора года.
   3. Срок действия договора может быть продлен по соглашению сторон.
3. **Изменение и расторжение договора**
   1. Изменение и расторжение договора производится по соглашению сторон.
   2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.
   3. Исполнитель в одностороннем порядке расторгает договор в случае нецелесообразности оказания услуг по медицинским показаниям. Заказчик оплачивает фактически оказанные услуги согласно расчету Исполнителя.
   4. Заказчик (Пациент) вправе с оформлением требования расторгнуть договор на любом этапе при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных услуг и понесенных им расходов согласно расчету Исполнителя.
4. **Порядок рассмотрения претензий и споров**
   1. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком, Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон.
   2. При невозможности достижения соглашения споры разрешаются в судебном порядке.
5. **Прочие условия**
   1. Договор составлен в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Пациента.
   2. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
   3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**Исполнитель уведомил Заказчика о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинские услуги), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Заказчика расшифровка подписи

1. **Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1»  628413, ХМАО-Югра, г.Сургут,  ул. Григория Кукуевицкого, д. 8  ИНН /КПП 8602001609 / 860201001  ОГРН 1028600599015  Выдан: Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Сургуту Ханты-Мансийского автономного округа –Югры  Бланк: серия 86 № 000550192  Дата: 28 ноября 2002 года  Казначейский счет (расчетный счет) 03224643718000008700  БИК 007162163  РКЦ ХАНТЫ-МАНСИЙСК//УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре г.Ханты-Мансийск  Единый казначейский счет (корреспондентский счет) 40102810245370000007  Лицевой счет: Депфин Югры (БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1» л/с № 620.33.333.0)  Тел. (3462) 35-25-99, факс 35-26-37  E-mail: sp1@stoma1-surgut.ru | |  |  | | --- | --- | | Контактный телефон | № контактного телефона | | Адрес фактического места жительства:  Адрес фактического места жительства | |   Данные документа удостоверяющего личность:  Наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер |
|  |
|  |

1. **Приложения:**
2. Выписка из реестра лицензий (предоставляется по требованию)
3. Смета (предоставляется по требованию)
4. **Подписи сторон**

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

Должность доверенного лица

\_\_\_Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Заказчика

ПАЦИЕНТ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Пациента