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

г. Псков «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Псковской области «Псковский областной клинический онкологический диспансер» (сокращенное наименование - ГБУЗ «ПОКОД») в лице главного врача Юрова Александра Сергеевича, действующего на основании Устава, приказа комитета по здравоохранению Псковской области от 09.11.2020г. № 212-к и лицензии на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01150-60/00364410 от 12.02.2019г., выданной комитетом по здравоохранению Псковской области (г. Псков, ул. Некрасова, д.23, тел. 8 (8112) 29-98-99) , именуемое в дальнейшем "Исполнитель», и гражданин (ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать потребителю следующие медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения,

разрешенным на территории РФ, а потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

* 1. Срок оказания услуг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. Данные услуги предоставляются Потребителю на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий, территориальной программой государственных гарантий государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Псковской области, по желанию Потребителя. Потребитель путем подписания настоящего договора дает добровольное согласие на оказание в его пользу платных медицинских услуг.

1.4. Потребитель, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме (Приложение №1). Подписание настоящего договора Потребителем свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление медицинских услуг.

**2. Права и обязанности сторон**

* 1. Потребитель обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. при первом осмотре сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на качество оказываемых услуг;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.5. соблюдать внутренний режим нахождения в стационаре;

2.1.6. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т. д.

2.2. Потребитель имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления копии лицензии с приложением и Устава, а также составления сметы стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов и т**.** д.;

2.2.4. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.2.5. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

2.3.2. при возникновении необходимости на предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором - предупредить об этом Потребителя;

2.3.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся персональных данных и состояния здоровья Потребителя (врачебную тайну).

2.4. Исполнитель имеет право требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима нахождения в стационаре;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

2.5. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка диспансера.

**3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим на момент заключения договора прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

**4. Ответственность сторон**

1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением.
2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора вследствие неисполнения (ненадлежащего исполнения) Потребителем условий настоящего Договора.
3. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнения назначений врача, несвоевременного сообщения о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);

- прекращения лечения по инициативе Потребителя.

**5. Прочие условия**

1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон, вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.
3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны сторонами.
4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.
5. Отношения сторон, возникающие из настоящего договора, регулируются законодательством о защите прав потребителей, нормативными правовыми актами по порядку оказания гражданам платных медицинских услуг.
6. В связи с тем, что возможные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключать их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель ее оказывает безвозмездно.

**6. Рассмотрение споров**

При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента) Потребитель (Пациент) обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

**7. Адреса и реквизиты сторон**

Исполнитель Потребитель

ГБУЗ «ПОКОД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

180004, г. Псков, ул. Вокзальная, д.15а Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство ИМНС РФ по г.Пскову Адрес места регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия 60 №000062037 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

ОГРН 1026000973470 Фактический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН /КПП 6027013840/602701001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.С. Юров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М. П.

**Информированное добровольное согласие гражданина**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, находясь в здравом уме и твердой памяти, действуя своей волей и в своем интересе, настоящим заявляю свое согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной мне медицинским работником полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, сведения о которых в полном объеме получила от медицинского персонала.

Настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. N\_\_\_\_\_\_ , составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уведомление**

До заключения договора я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информирован (а):

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги (услуг), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- о порядке оказания бесплатной медицинской помощи на территории РФ в рамках программы госгарантий, территориальной программы ОМС, а также о правилах предоставления платных медицинских услуг.

Согласен (а) на получение медицинской помощи (медицинских услуг) в ГБУЗ «ПОКОД» на платной основе.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_