



УТВЕРЖДЕНО
приказом № 4 от 10.01.2022 г.

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г.Астрахань

« ____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Сязиной Натальи Юрьевны, действующее на основании Устава, с одной стороны и родителем (законным представителем) несовершеннолетнего лица именуемого в дальнейшем «Получатель» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор с родителями (законными представителями) на оказание платных медицинских услуг

ФИО родителя (законного представителя)

именуемым в дальнейшем "Заказчик", действующий в интересах несовершеннолетнего

ФИО ребенка

(фамилия, имя, отчество)

1. Предмет Договора

1.1. Платные медицинские услуги предоставляются в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № Л041-01153-30/00306734 от 27 мая 2016г., (в редакции приказа министерства здравоохранения Астраханской области от 06 июля 2022 г. № 268 Пр) выдана министерством здравоохранения Астраханской области, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», Тел/факс: (8512) 54-16-19), согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги (перечислить виды услуг):

1.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения,

_____ Подпись заказчика

разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

1.1.2. Медицинские услуги предоставляются в полном объеме медицинской помощи.

1.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика/Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.1.4. Подписав настоящий Договор, Получатель/Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.1.5. Срок действия договора с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

1.1.6. Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель:

- получил от сотрудников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в учреждениях г. Астрахани в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи на территории Астраханской области.
- ознакомил его с Положением об оказании платных услуг государственным автономным учреждением Астраханской области «Научно-практический центр реабилитации детей «Коррекция и развитие»;
- ознакомил его с действующими в организации прейскурантом цен (тарифам) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с перечнем оказываемых платных медицинских услуг (приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

_____ Подпись заказчика

- 2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
- 2.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 2.1.6. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Получателя.

2.2. Заказчик обязуется:

- 2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1, до начала оказания услуг, согласно Прейскурантам цен (тарифам) и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.
- 2.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, по настоящему Договору.
- 2.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
- 2.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, алкогольсодержащих напитков.
- 2.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. п.
- 2.2.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 2.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

_____ Подпись заказчика

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, определяется в соответствии с действующими Прейскурантом цен (тарифам) платных медицинских услуг, согласно приложению №1, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора и составляет:

(сумма прописью)

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующим на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком до начала их оказания путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя через любое отделение Сберегательного банка Астраханской области №8625 Сбербанка России. Заказчику после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.4. Просрочка оплаты услуг Заказчиком влечет односторонний отказ Исполнителя от исполнения настоящего договора, предусмотренный п. 4.4. главы 4 (Ответственность сторон) настоящего договора.

3.5. В случаях изменения стоимости услуг Исполнитель письменно уведомляет Заказчика об изменении Прейскуранта цен (тарифов) на оказываемые услуги.

3.6. Заказчик в течение трех дней со дня уведомления обязан письменно сообщить свое решение о согласии на продолжение оказания ему услуг в соответствии с новыми тарифами или об отказе от их предоставления.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Получателя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Получателем/Заказчиком неполной информации о своем здоровье.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем/Заказчиком условий настоящего Договора.

Подпись заказчика

4.5. Любая сторона вправе отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление другой стороне не позднее, чем за 5 рабочих дней. Договор прекращает свое действие с даты, указанной в уведомлении.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

- 5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Получателя/Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Получателя/Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Получателя/Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Получателя/Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

- 6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
- 6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
- 6.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.
- 6.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.
- 6.5. В соответствии с ч.1 ст.6 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» «Получатель» дает свое согласие на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

_____ Подпись заказчика

Приложение №1

к договору на оказание платных медицинских услуг

ГАУ АО «Научно-практический центр
реабилитации детей «Коррекция и развитие»

№ ____ от « ____ » _____ 20__ г

**Перечень
оказываемых Потребителю платных медицинских услуг**

№	Наименование услуг	Количество услуг	Цена	Сумма
1				
2				
6				
7				
			Итого:	

Исполнитель:

Директор _____ Н. Ю. Сязина

Заказчик:

_____ / _____ /.

Подпись заказчика

Приложение №2

к договору на оказание платных медицинских услуг
ГАУ АО «Научно-практический центр
реабилитации детей «Коррекция и развитие»
№ ____ от «__» _____ 20__ г

государственное автономное учреждение Астраханской области " Научно-практический центр
реабилитации детей "Коррекция и развитие" (ИНН: 3016021812 / КПП: 301901001)

Адрес (юридический): ,414056,,Астрахань г.,Татищева ул,12,А,,
Телефоны: 25-03-24/факс 25-76-43

Акт № СЦ002721 от об оказании услуг

Заказчик:

Основание: Договор на оказание платных медицинских услуг № ____ от «__» _____ 2019

Валюта: Российский рубль

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1		шт			

Итого:
В том числе НДС
Всего (с учетом
НДС):
Без
НДС

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей _____ копеек, в т.ч.: НДС - Ноль рублей 00 копеек

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От
исполнителя: Бухгалтер _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

От заказчика: _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

_____ Подпись заказчика

Приложение №3

к договору на оказание платных медицинских услуг
ГАУ АО «Научно-практический центр
реабилитации детей «Коррекция и развитие»
№ ____ от «__» _____ 20__ г

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента или законного представителя ребенка),

«__» _____ года рождения, проживающий по адресу:

_____,
действующий от имени своего несовершеннолетнего ребенка:

«__» _____ года
рождения, в рамках договора от _____ № _____ о

предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГАУ АО «НПЦРД «Коррекция и развитие». При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил (а) от сотрудников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.
3. Мне доступно разъяснены сотрудниками учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Я согласен (а) 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, учреждение не несет ответственности за их возникновение.
5. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение назначения (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего несовершеннолетнего ребенка.
6. Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги, и я даю свое согласие на их оплату.

_____ Подпись заказчика

