**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. Потребитель/Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор на оказание платных медицинских услуг (на иных условиях, чем предусмотрено программой госгарантий) №**

**п. Чагода Вологодской области** **« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.**

**Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Чагодощенская центральная районная больница»** (БУЗ ВО «Чагодощенская ЦРБ)**,** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице и. о. главного врача Букиной Татьяны Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

**Лельбред Дмитрий Иванович,** именуемый в дальнейшем **«Потребитель» -**в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору или **Заказчик**-в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Потребителя) с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
   1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
   2. Сведения об Исполнителе:
      1. Наименование: Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Чагодощенская центральная районная больница»;
      2. Адрес места нахождения: 162400 Вологодская обл., Чагодощенский район, п. Чагода, ул. Мира, д. 31;
      3. Документ, подтверждающий факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: Свидетельство серия 35 № 000320087 о внесении записи в ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 4 по Вологодской области 04 ноября 2002 года.
      4. ИНН: 3522001675 КПП 352201001 ОГРН: 1023501690288 от 04.11.2002г.
      5. Исполнитель действует на основании **Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО 35-01-002536 от 22 марта 2018 года,** срок действия – бессрочно, выдавший орган: Департамент здравоохранения Вологодской областителефон 8(8172) 23-00-75 адрес: 160000, г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19.

*Виды работ и услуг осуществляемые Исполнителем в соответствии с Лицензией:*

*-при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); дезинфектологии; лабораторной диагностике, лечебному делу; медицинской статистике, наркологии, неотложной медицинской помощи; организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической, функциональной диагностике;*

*- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; педиатрии*

*- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; неврологии; неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии ( за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии, профпатологии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; фтизиатрии; хирургии; эндоскопии; функциональной диагностике, стоматологии общей практики, психиатрии.*

*- при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью; сестринскому делу;*

*- при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;*

*- при проведении медицинских освидетельствований: медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического и иного токсического);*

*- при проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.*

*- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по физиотерапии;*

*- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по ультразвуковой диагностике;*

*- при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); неврологии; терапии; хирургии;*

*- при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерсоку делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации ( проведению профилактических прививок); дезинфектологии; диетологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; неврологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; хирургии.*

*- при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности*

Полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, содержится в Лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационном стенде Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

**2.      Права и обязанности сторон**

***2.1.Исполнитель обязуется:***

2.1.1.   Оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора с обеспечением надлежащего качества оказания медицинской помощи с применением медицинских изделий и технологий, разрешенных к применению на территории РФ.

2.1.2. Оформлять и вести медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

***2.2.Исполнитель имеет право:***

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

2.2.2.  отменить проведение лечебно-диагностических мероприятий Потребителю немедленно уведомив его об этом, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, и если такая услуга может навредить здоровью Потребителя.

***2.3 Потребитель обязуется:***

2.3.1.      оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

2.3.2.      Для качественного предоставления медицинских услуг сообщить Исполнителю до начала ее оказания следующую информацию:

-       все сведения о наличии у Потребителя заболеваний, сведения о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;

2.3.3.      точно выполнять назначения и рекомендации специалистов, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем настоящего договора.

2.3.4.      не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

***2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:***

2.4.1.     Отказаться от получения 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.

**3.Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**

* 1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя, дей­ствующим на момент обращения Потребителя (Заказчика) за платной медицинской услугой.
  2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору составляет **1800 рублей 00 копеек.**
  3. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.
  4. Оплата медицинских услуг производится на условиях 100% предоплаты Потребителем (Заказчиком), путем внесения наличных денеж­ных средств в кассу Исполнителя с выдачей документа, подтверждающего оплату Потребителю (Заказчику).
  5. При  возникновении   необходимости   оказания   дополнительных   услуг   по результатам  обследования  и  лечения  стоимость  услуг  может   быть   изменена Исполнителем с  согласия  Потребителя (Заказчика) с  учетом  уточненного  диагноза,  сложности операции и иных затрат на лечение,  данные  изменения  к  Договору   должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с законодательством РФ.

**4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;**

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Потребителя (Заказчика), а также его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что при подписании настоящего договора ознакомлен с условиями подготовки к исследованиям, перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, и их стоимости.

4.6.Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.7. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

4.8. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) (Приложение № 1 к настоящему Договору).

4.9. При заключении Договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме 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, а также (по требованию Потребителя (Заказчика) информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

4.10. Отказ Потребителя от заключения Договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.11. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.12. Срок предоставления услуги **5** дней.

**5.Отвественность сторон**

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг, а также ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. 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 Потребителя может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

**6.Заключительные положения**

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах: первый из которых - для Исполнителя, а второй - для Потребителя. До заключения Договора Исполнитель уведомил Потребителя 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

**7. Реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель (Заказчик):** |
| **Наименование: БУЗ ВО «Чагодощенская ЦРБ»**  Юридический адрес: 162400, Вологодская обл.,Чагодощенский район, п. Чагода, ул. Мира, д. 31  ИНН: 3522001675  КПП: 352201001  ОГРН: 1023501690288 от 04.11.2002г. Орган зарегистрировавший – Межрайонная Инспекция Федеральной налоговой службы № 4 по Вологодской области.  ОКПО 1921311  БИК: 041909001  Р/сч.: 40601810600093000001 Отделение Вологда г. Вологда  Департамент финансов Вологодской области (БУЗ ВО «Чагодощенская ЦРБ», л/сч 008.20.061.1) т.с. 02.01.00  КБК 00000000000000000130  Тел.: 8(81741)2-15-67  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Андронова Татьяна Сергеевна  Уполномоченный специалист по приказу  главного врача от 04.04.2013г. №17 п2 | **ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к Договору на оказание

платных медицинских услуг

**№ \_\_\_\_\_ от « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.**

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являющийся Потребителем, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг  **№\_\_\_\_от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.,** ознакомлен с порядком работы и правилами оказания услуг в БУЗ ВО «Чагодощенская ЦРБ» и обязуюсь их соблюдать, выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю свое согласие на их получение, а также согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видом медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпации, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрическое исследование; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура.

Я получил от работников Учреждения полную информацию о порядке оказания медицинской помощи на бесплатной основе в соответствии с программой государственных гарантий РФ, программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на текущий год. Подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в БУЗ ВО «Чагодощенская ЦРБ» и отказ от медицинской помощи, оказываемой бесплатно по системе обязательного медицинского страхования.

Я согласен 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.

Я проинформирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я предупрежден и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Я даю Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы с медицинским работником учреждения и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить и информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г. Подпись Потребителя/Законного представителя/Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_