ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг на возмездной основе

г.Ухта «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Ухтинская психиатрическая больница», (далее ГБУЗ РК «УПБ»), адрес: 169302, Республика Коми, г. Ухта, ул. Авиационная, д. 17, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, выдано: Межрайонной ИФНС России №3 по РК, 12.10.2011 года, бланк: 11 серия №001758876, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Иванкина Виталия Викторовича, действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО-11-01-001929 от 25.12.2017 г. на осуществление медицинской деятельности:

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу, медицинской статистике, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике, лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: психиатрии-наркологии, психотерапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, психиатрии, организации здравоохранения и общественному здоровью, клинической лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: психиатрии-наркологии, функциональной диагностике, психиатрии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, судебно-психиатрической экспертизе: однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе (психолого-психиатрической). При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии, неврологии, организации сестринского дела, офтальмологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, сестринскому делу, терапии, функциональной диагностике.

выданной Министерством здравоохранения Республики Коми, по адресу: 167981 Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Ленина д. 73, тел. (8212) 286-000, с одной стороны и

гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

ФИО, адрес место жительства, телефон

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» платную медицин­скую услугу на возмездной основе (далее по тексту Услуга):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| V | наименование услуги, согласно лицензии\* | Стоимость, руб. |
|  | Медицинское освидетельствование врачом-психиатром с выдачей заключения |  |
|  | Медицинское освидетельствование врачом-психиатром-наркологом с выдачей заключения |  |
|  | Медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом с выдачей заключения, с использованием тест-системы |  |
|  | Медицинский осмотр (предрейсовый, послерейсовый, предсменный, послесменный) |  |
|  | Медицинское освидетельствование на состояние опьянения кроме экспертиз по направлениям правоохранительных органов |  |
|  | Консультация врача-психиатра |  |
|  | Консультация врача психиатра-нарколога |  |
|  | Анонимное лечение больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, злоупотреблением психоактивными веществами в диспансерном наркологическом отделении |  |
|  | Лечение абстинентных состояний при алкоголизме, наркомании, токсикомании, злоупотреблении психоактивными веществами при анонимном обращении в стационаре |  |
|  | Лечение и уход за больными с психическими расстройствами |  |
|  | Комплексная амбулаторная судебно-психиатрическая (психолого-психиатрическая экспертиза) |  |
|  | Однородная амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза по гражданскому делу (сделки и иные юридически значимые действия) |  |
|  | Анонимное лечение алкогольной зависимости с применением психотерапии, фармакотерапии |  |
|  | Проведение предварительного химико-токсикологического исследования биологических жидкостей (моча) на наличие в организме наркотических средств, психотропных веществ и метаболитов |  |
|  | Электроэнцефалография рутинная с функциональными пробами |  |
|  | Медицинское освидетельствование психиатрической комиссией с выдачей заключения |  |

\* оказываемую «Потребителю» платную медицин­скую услугу отметить - V

* 1. Срок оказания Услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. «Потребитель» при подписании настоящего Договора ознакомлен с перечнем предо­ставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их представления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан.
  3. Платную медицинскую Услугу оказывает медицинский работник ГБУЗ РК «УПБ»

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

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

ФИО, должность

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную Услугу, предусмотренную п.1.1. Договора, в полном объеме и в срок в соответствии с условиями Договора.

2.1.2. Оформлять необходимую медицинскую документацию, соблюдая установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учётных и отчётных статистических форм.

2.1.3. Представлять Потребителю доступную, достоверную информацию о предоставляемой Услуге.

2.1.4. По требованию Потребителя, Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю) в доступной для него форме информацию, содержащую следующие сведения:

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

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

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

г) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

д) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению

е) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.5. Соблюдать конфиденциальность о факте обращения, состояния здоровья Потребителя.

2.1.6. После Исполнения настоящего Договора выдать Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.7. Выдать «Потребителю» документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

2.1.8. 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 Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.9. Обеспечить выполнение принятых на себя платных медицинских услуг на возмездной основе силами собственных специалистов, с оформлением медицинской документации (с указанием ФИО, должности специалиста, оказываемых услуг). В случае некачественного оказания услуг, при наличии претензий к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и иное, Потребитель обязан в тот же день информировать о данном факте заведующего диспансера, лечащего врача о некачественной оказанной платной медицинской услуги специалистом (указанным в медицинской документации).

2.2. «Потребитель» обязан:

1. Принять и оплатить оказанные услуги по цене и в сроки согласно условиям Договора.
2. Информировать врача до оказания медицинской Услуги о перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью в психиатрические и наркологические отделения.
3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
   1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещение Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ
   1. Стоимость Услуг согласно действующего прейскуранта, утвержденного главным врачом ГБУЗ РК «УПБ» составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   2. «Потребитель» производит 100% предварительную оплату Услуги путем внесения денежных средств наличными в кассу Исполнителя (Респ. Коми, г. Ухта, ул. Первомайская, д. 16/12; Респ. Коми, г. Ухта, ул. Первомайская, д. 40) либо безналичным путем с использованием электронного терминала, установленного в кассе Исполнителя.
   3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Потребителя, с оплатой согласно утвержденного прейскуранта Исполнителя с оформлением нового договора.
   4. При расторжении договора в соответствии с п. 5.1. настоящего договора, возврат денежных средств осуществляется по письменному заявлению (в заявление указываются паспортные данные, адрес проживания, банковские реквизиты (при оплате с использованием электронного терминала)) Потребителю:

- при внесения денежных средств наличными в кассу Исполнителя возврат осуществляется наличными денежными средствами из кассы Исполнителя в день подачи заявления.

- при оплате безналичным путем с использованием электронного терминала возврат осуществляется путем перечисления денежных средств Потребителю, в течение 10 дней с момента подачи заявления.

1. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА
   1. В случае отказа Потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинской услуги Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о   
      расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает  
      Исполнителю фактические понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением  
      обязательств по Договору.
   2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ
   1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
   2. Стороны договорились о возможности использования в качестве аналога собственноручной подписи факсимиле подписи (клише с подписи) Исполнителя для подписания настоящего Договора и документов, необходимых для заключения и исполнения Договора. При этом Стороны признают юридическую силу указанных документов.
   3. Договор считается исполненным после выдачи Потребителю медицинского заключения.
   4. При заключении настоящего договора Потребитель (законный представитель) дает добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, в соответствии, со статьей 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг Потребитель желает получить платные медицинские услуги, при этом ему разъяснено и им осознано, что он получил в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [Программы](consultantplus://offline/ref=735A2BBEE5810F2569BA66C305B8D42FDC8859D8486CB36269B27136E67298282BEAFE3D623A01C4h5F2I) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
   5. Потребитель уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программой обязательного медицинского страхования. Потребитель согласен получить платную медицинскую помощь на возмездной основе в ГБУЗ РК «УПБ».\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись потребителя

1. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес регистрации или проживания  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  номер телефона домашнего или мобильного  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ГБУЗ РК «УПБ»**  169302, Республика Коми,  г. Ухта, ул. Авиационная, д.17  ИНН/КПП 1102027211/110201001  р/счет 40601810740301087004  Получатель: УФК по РК  (ГБУЗ РК «УПБ» л/счет 20076019701)  Банк: Отделение – НБ Республики Коми  КБК 0000 00000 00000 000 130  БИК 048702001  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.В. Иванкин |