БУЗ ВО "Детский специализированный психоневрологический санаторий" уведомляет Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, можте снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. В соотвествии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинской организации. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ г. (под) Подписанием настоящего договора Заказчик (Потребитель) подтверждает, что уведомлен (а) о возмможноси получения ссответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ г. (подпись) (расшифровка подписи)

**Договор № \_\_\_**

на оказание платных медицинских услуг

 г. Череповец «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Детский специализированный психоневрологический санаторий», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 35 № 000708208 от 29.11.2002г., выданного Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по г. Череповцу, в лице главного врача Чащиной В.И., действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности рег. № Л041-01135-35/00570191 от 08.05.2015г., выданная Департаментом здравоохранения Вологодской области (г. Вологда, ул. Предтеченская, д.19, тел: (8172)23-00-70), срок действия: бессрочно с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Заказчик», в интересах несовершеннолетнего потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику по его инициативе, сверх территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, а Заказчик обязуется оплатить следующие возмездные услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги по (прейскуранту) | Цена за ед.услуги | Кол-во | Стоимость услуги |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Специалист: |  | Итого: |  | руб. |  | коп. |
| Срок оказания услуги:  | с | " |  | " |  |   |  | по | " |  | " |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.2. Указанная в п.1.1. договора услуга оказывается в БУЗ ВО "Детский специализированный психоневрологический санаторий", находящемуся по адресу (адрес места нахождения): 162609, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Любецкая, д. 40.

**2.УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Заказчика, действующего в интересах несовершеннолетнего, приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

2.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: уставом, лицензией на осуществление медицинской деятельностью, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (его законного представителя).

**3.ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость услуг по договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек.

3.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя посредством платежного терминала или путем наличного расчета с применением бланков строгой отчетности, на условиях 100% предоплаты стоимости услуг.

3.3. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания платной медицинской услуги по настоящему договору.

3.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

3.5. Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги без согласия Заказчика.

**4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1.1. Предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

4.1.2. Ознакомить Заказчика с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ", Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 № 1006", Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области, режимом работы, перечнем платных услуг с указанием их стоимости, условиями их получения, информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем платную услугу по договору (о его профессиональном образовании и квалификации).

4.1.3. Ознакомить Заказчика с порядком и стандартом оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.

4.1.4. Информировать Заказчика о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.5. Обеспечить защиту конфиденциальной информации Заказчика, в том числе врачебной тайны, в соответствии с законодательством РФ

4.2.Исполнитель имеет право:

4.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случаях:

-неисполнения Заказчиком правил внутреннего распорядка Исполнителя, невыполнения рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

- при выявлении противопоказаний к оказываемым услугам.

4.3.Заказчик обязан:

4.3.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг Исполнителю.

4.3.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Учреждения, санитарно-противоэпидемиологического режима, техники безопасности, противопожарной безопасности и т.п.

4.3.3. Информировать медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу, до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае риск связанных с этим последствий несет Заказчик (его законный представитель).

4.3.4. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в самочувствии, состоянии здоровья в процессе оказания услуги или после ее окончания, а также о принимаемых лекарственных препаратах. 4.3.5.Явиться к Исполнителю для получения медицинских услуг в назначенное время. В случае невозможности плановой явки известить Исполнителя не позднее, чем за два часа до назначенного времени исполнения услуг.

4.4.Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать информацию об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Исполнителем.

4.4.2. На выбор медицинского работника, оказывающего необходимые медицинские услуги. 4.4.3. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата оплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

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

В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности рег. № Л041-01135-35/00570191 от 08.05.2015 г. БУЗ ВО "Детский специализированный психоневрологический санаторий" оказывает услуги:

 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, рефлексотерапии. 6. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, рефлексотерапии.

**5.СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

5.1. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» даю согласие на обработку в БУЗ ВО «Детский специализированный психоневрологический» (адрес: Вологодская обл., г. Череповец, ул. Любецкая, д.40, тел./факс (8202) 31-52-10), с целью исполнения условий настоящего договора, следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического места жительства, номер телефона, состояние здоровья, диагноз, жалобы, наследственность, перенесенные заболевания, психическое состояние, результаты проведенных анализов, назначения врача.

Я подтверждаю, что настоящее согласие на обработку персональных данных действует бессрочно с момента представления и может быть отозвано мной при представлении в БУЗ ВО «Детский специализированный психоневрологический» заявления в письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Я ознакомлен, что в случае отзыва мной согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных**»**.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Ф.И.О. (подпись)

**7. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде соглашения. В случае окончания или расторжения Договора расчеты производятся за фактически выполненные услуги по состоянию на день расторжения Договора. 7.2. Исполнитель вправе приостановить исполнение обязательств по договору или отказаться от исполнения обязательств по договору при нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине Заказчика и потребовать от Заказчика возмещение убытков. 7.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

 7.4. Досрочное расторжение договора может иметь место по соглашению сторон либо на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации**.**

**8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

8.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Заказчик либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного жокумента, подписанного пациентом либо его законным представителем который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Заказчик либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель Заказчика дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус. В случае выбора способа получения Заказчиком (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н, и (или) документа, подтверждающего его статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Заказчика либо его законного представителя в срок не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса. Предоставление Заказчику либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подач заявления Заказчиком. В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинского документа, копии медицинских документов предоставляются пациенту либо его законному представителю в суточный срок с момента обращения.

**9.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

9.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, стороны будут решать их путем переговоров. При невозможности разрешения споров путем переговоров, Сторона, чье право нарушено, направляет другой Стороне претензию. Срок рассмотрения претензии составляет 10 дней с даты фактического получения претензии Стороной**.**

9.2.До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы. Расходы по оплате проведения экспертизы осуществляются инициатором ее проведения. По результатам проведенной экспертизы сторона, признанная виновной, возмещает понесенные расходы.

**10 . АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА**

10.1. При заключении и (или) исполнении настоящего договора Стороны, их аффилированные лица, сотрудники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей в любой форме, ни напрямую, ни через посредников, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью сохранить или получить какие-либо неправомерные преимущества в хозяйственной деятельности. При заключении и (или) исполнении настоящего договора Стороны, их аффилированные лица, сотрудники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего договора законодательством как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия по легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

10.2. В случае возникновения у Сторон подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п. 1. настоящей оговорки, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основания предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений п. 1. настоящей оговорки контрагентом, его аффилированными лицами, сотрудниками или посредниками, выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях по легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по настоящему договору до получения подтверждения, что нарушение не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение 10 рабочих дней с даты направления письменного уведомления.

10.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в п. 1. настоящей оговорки действий и (или) неполучения другой Стороной в установленный настоящей оговоркой срок подтверждения, что нарушение не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут договор в соответствии с положениями настоящей статьи, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого нарушения.

**11.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

11.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

11.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11.3. Любые изменения, дополнения к настоящему договору оформляются в письменной форме и подписываются сторонами.

**12.ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |
| --- |
| **Исполнитель Заказчик**  |
| БУЗ ВО «Детский специализированный психоневрологический санаторий» |
| 162609, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Любецкая, 40 |
| тел./факс 31-52-10 |
| ИНН/КПП 3528053454/352801001 ОГРН 1023501256734 |
| Р/сч 40601810600093000001  |
| Банк Отделение Вологда г. Вологда |
| БИК 041909001 |
| ОКПО 01921653 ОКВЭД 86.90.4 |
|  |
| Главный врач |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/В.И. Чащина/ |