**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Магнитогорск от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной наркологический диспансер» (юр. адрес: 455007, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д. 22, тел./факс 8 (3519) 24-06-73/24-44-84, сайт www.ond-mgn74.ru, ИНН 7445040233/КПП 745501001, ОГРН № 1027402171741, серия 74 № 005729787, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Челябинской области от 23.11.2011г., Лицензия № ЛО-74-01-003656 от 05 июля 2016 г. на осуществление Медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск, ул. Кирова, д.165, тел. 8 (351) 242-2222), в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице и.о. заведующего диспансерным отделением Мирхайдарова Айбулата Марселевича, действующего на основании доверенности №3 от 31.08.2023 г., и «Потребитель»/«Заказчик», при условии анонимности – со слов «Потребителя» услуги Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ**

1.1. В соответствии с настоящим договором «Исполнитель» обязуется оказать медицинские услуги, отвечающую требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики, обследования, разрешенным на территории Российской Федерации, а «Потребитель»(«Заказчик»)обязуется оплатить эти услуги.

От лица «Исполнителя»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

специалист, оказывающий платные услуги (Ф.И.О.), должность, документ подтверждающий полномочия

берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинских услуг | Коли-чество | Срок исполнения | Цена по прейскуранту | Итого сумма  к оплате |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Место предоставления услуги: 455007, г. Магнитогорск, ул. Фадеева, д. 22.

1.2. «Потребитель»/«Заказчик» при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан.

1.3 Исполнитель оказывает услуги на основании лицензии № ЛО-74-01-003656 от 05 июля 2016 г. на осуществление медицинской деятельности, согласно указанного перечня работ (услуг).

1.4. Результатом оказания медицинских услуг является медицинская справка или заключение, выдаваемое «Исполнителем» «Потребителю» («Заказчику»).

В случае необходимости по результатам обследования, Потребителю могут быть оказаны дополнительные услуги, не предусмотренные Договором, стоимость, условия и сроки которых согласуются и оформляются Сторонами дополнительным соглашением.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАНОСТИ СТОРОН**

Права Исполнителя:

2.1.1. «Исполнитель» вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги, а в случае возникновения непредвиденных ситуаций определять объем исследований, манипуляций, необходимых для вынесения заключения (установления диагноза) и оказания медицинской услуги, в том числе не предусмотренных Договором, являющимися дополнительными.

2.1.2. Требовать соблюдения правил оказания медицинской услуги, режима и правил поведения медицинского учреждения.

2.1.3. При несоблюдении «Потребителем»/ «Заказчиком» условий настоящего Договора, Исполнитель вправе на каждом этапе предоставления услуги в одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору.

Обязанности Исполнителя:

2.2. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать, указанные в п. 1.1. настоящего договора квалифицированные качественные медицинские услуги в установленный Договором срок в соответствии с требованиями, предъявляемыми нормативно-правовыми актами и законодательством Российской Федерации к данным услугам.

После исполнения договора Исполнитель по запросу Потребителя (Заказчика) обязан выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, рекомендации, назначения) и иные документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю потребителя) утвержден и регламентируется ч.3 ст.219 Налогового Кодекса РФ и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 12 ноября 2021 г. N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента".

«Потребителям»/ «Заказчикам», услуги которым предоставлялись на условиях анонимности, медицинские документы и иные не выдаются.

2.3. Исполнитель обязан предоставить Потребителю информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме: о сроках, режиме работы структурного подразделения, в котором оказывается услуга, условиях, стоимости оказываемой услуги, сущности и методах диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках данной услуги, последствиях и ожидаемых результатах оказания услуги.

2.4. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Потребителя.

2.5. Если Потребитель не удовлетворён оказанной медицинской помощью, то он направляет письменное обращение (жалобу) на электронную почту Исполнителя:[narcolog.mgn@mail.ru](mailto:narcolog.mgn@mail.ru). При отсутствии возможности удовлетворения пожеланий или замечаний Потребителя они будут решаться вышестоящими органами государственной власти: Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 454091, г. Челябинск, пл. МОПРа, д.8а, адрес э/почты: [info@reg74.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg74.roszdravnadzor.ru) или Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 454092, г. Челябинск, ул. Елькина, 73, обращения граждан в форме электронных сообщений направляются путем заполнения специальной формы на официальном сайте: <https://petition.rospotrebnadzor.ru/petition/oper_msg_create/>.

Права Потребителя:

2.6. Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги, а также потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, допущенных Исполнителем.

2.7. Получать информацию о сроках, условиях, стоимости оказываемой услуги, о порядке оказания, применяемых стандартах медицинской услуги при ее предоставлении, о медицинском работнике, оказывающем соответствующую услугу, о методах оказания медицинской помощи в рамках данной услуги, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах оказания услуги, знакомиться с документами, подтверждающими правомочность Исполнителя на оказание услуги, указанной в п.1.1. настоящего Договора.

2.8. Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

Обязанности Потребителя:

2.9. Своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг.

2.10. До оказания услуги предоставить достоверные сведения о перенесенных и существующих заболеваниях, о психических заболеваниях, наркотической и алкогольной зависимости, аллергических реакциях, противопоказаниях к применению лекарственных средств и иную запрашиваемую Исполнителем информацию, влияющую на качество оказания медицинской услуги.

2.11. Потребитель обязан выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений до оказания медицинской услуги. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарственных препаратов и своевременно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.12. Потребитель, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязуется соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.

2.13. Потребитель обязан соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника) по выполнению назначенного режима лечения. В случае несоблюдения указаний (рекомендаций) Потребителю может снизиться качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб., в соответствии с Прейскурантом цен, размещенному на официальном сайте учреждения www.ond-mgn74.ru, действующим на момент заключения договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100%-ной предоплаты до получения услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, путем внесения наличных (безналичных) денежных средств в кассу или на лицевой счет Исполнителя. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. В случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций Исполнителя и иных неправомерных действий, а также за наступление осложнений, возникших в результате предоставления Потребителем (Заказчиком) недостоверной информации о состоянии здоровья и обстоятельств непреодолимойсилы, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

Заболевания и иные патологические состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в период действия настоящего Договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине на момент заключения настоящего Договора), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, рассматриваются сторонами как обстоятельства форс-мажора в соответствии с ч. 4 ст. 29 Закона РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.3. При необходимости оказания срочной медицинской помощи по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителю Исполнитель предпринимает все возможные для этого меры (вызов скорой медицинской помощи и т.п.), такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

4.4. Потребитель вправе предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни; а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров, привлечения независимой экспертизы или разрешаются в судебном порядке в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителя».

4.6. В остальных случаях стороны несут ответственность за невыполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами, либо их уполномоченными представителями.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по инициативе одной из сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

5.5. Договор хранится в порядке, определенном законодательством РФ об архивном деле в РФ.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся данной медицинской услуги и условий ее оказания.

6.2 . Все приложения к договору являются его неотъемлемой частью: Приложение № 1 – добровольное согласие на получение платной медицинской услуги, уведомление;

6.3. Подписывая настоящий Договор Потребитель (Заказчик) подтверждает, что все вышеуказанное им прочитано и понятно, ему разъяснены и понятны все медицинские термины, получены ответы на все интересующие вопросы, касающиеся оказываемой услуги, и выражает свое согласие на получение услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. Второй экземпляр подписанного сторонами настоящего Договора получен собственноручно.

6.4. Потребитель (Заказчик), путем подписания настоящего договора, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» 152-ФЗ, подтверждает согласие на обработку ГБУЗ «Областной наркологический диспансер»» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

«Исполнитель» «Потребитель»

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

(Ф.И.О., подпись) М.П. (Ф.И.О., подпись)

Приложение № 1

к Договору № \_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника,

предоставляющего платную медицинскую услугу

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя и отчество (при наличии) Потребителя (законного представителя)

в соответствии с пунктом 2.4. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736, Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областной наркологический диспансер», уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), влечет за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись Потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ**

«Настоящим» я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Потребителя полностью),

нижеподписавшийся, ознакомившись с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, со своими правами и обязанностями, как Потребителя в соответствии с настоящим договором, полностью понимая их значение и не имея возражений относительно условий договора в целом, ознакомлен с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги, подтверждаю личное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, принятое в отсутствие каких-либо неправомерных действий исполнителя, направленных на понуждение (склонение) меня к подписанию настоящего согласия и/или договора в целом.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

подпись расшифровка