Приложение № 1 к

Положению о предоставлении платных медицинских услуг

ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Ноябрьск»

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**на оказание медицинских услуг**

(Форма)

|  |  |
| --- | --- |
| г. Ноябрьск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. |  |

*Указывается Ф.И.О., дата рождения, адрес проживания*, *паспорт серия\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, именуемый в дальнейшем «Пациент/Заказчик», в лице *указывается Ф.И.О. полностью*, *дата рождения, адрес проживания*, *паспорт серия\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* действующий на основании *указывается документ, уполномочивающий лицо на заключение настоящего Договора, доверенность от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_*, с одной стороны, и

Частное учреждение здравоохранения «Поликлиника «РЖД-Медицина» города Ноябрьск» (ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Ноябрьск») Лицензия № ЛО-89-01-001122 от 02.08.2018 на осуществление медицинской деятельности, выдана Департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (ЯНАО, г. Салехард, ул. Республики, д.72, тел. 8(34922) 4-04-21, 4-04-62)*,* именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице *указывается должность, Ф.И.О. полностью*, действующий на основании *указывается документ, уполномочивающий лицо на заключение настоящего Договора, например: устав, доверенность от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_*, с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в согласованный Сторонами срок платных медицинских услуг в соответствии с перечнем и стоимостью услуг согласно Приложению №1, указанных в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуги к настоящему Договору, которое является его неотъемлемой частью. Дата начала предоставления медицинских услуг – «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

1.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту амбулаторно.Исполнительоказывает медицинские услуги в месте осуществления деятельности по адресу: 629811, ЯНАО, г. Ноябрьск, ул. Привокзальная, дом 1А*.*

1.3. Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. Услуга может быть оказана в отношении конкретного пациента только в случае предоставления Исполнителю письменного согласия Пациента на обработку его персональных данных в соответствии с Приложением №2 и его разрешения на предоставление сведений и документов составляющих врачебную тайну Исполнителю. В случае не предоставления указанных письменных разрешений услуга не предоставляется, договор будет считаться расторгнутым по обоюдному согласию сторон с компенсацией Исполнителю понесенных на организацию услуги расходов.

**2. Стоимость услуг и порядок оплаты**

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, указана в Перечне медицинских услуг, оказываемых по договору, являющимся Приложением № 1 и неотъемлемой частью настоящего договора. Цена медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего на момент заключения Договора.

2.2. Прейскурант Исполнителя доводится до сведения Пациента посредством размещения его в общедоступном месте на информационном стенде Исполнителя, а также на интернет–сайте Учреждения. Пациент принимает на себя обязанность знакомится с Прейскурантом, действующим на день оказания услуг. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает то, что он ознакомился Прейскурантом Исполнителя.

2.3. Пациент обязан оплатить медицинские услуги полностью до начала их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя с выдачей Пациенту документа, подтверждающего оплату. Оплата за оказание услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежный средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 12 настоящего Договора. Оплата медицинских услуг может быть произведена третьим лицом (Плательщик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.4. Исполнитель вправе повысить цены на медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, в случае изменения тарифов на коммунально-бытовое и административное обслуживание, увеличения налогов и иных сборов, в других случаях увеличения себестоимости оказываемых услуг, а так же изменить стоимость медицинских услуг по договору в связи с изменением срока лечения и фактических затрат на лечение, усложнением операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий в порядке, установленном настоящим Договором. В этом случае оформляется дополнительное Соглашение к настоящему Договору с приложением к дополнительному Соглашению, и Пациент/Плательщик производит доплату на основании счета Исполнителя.

2.5. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в 15-дневный срок возвращает Пациенту соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать услуги на условиях настоящего Договора.

3.1.2. В течение 10 (десяти) календарных дней информировать Пациента об изменении цен на медицинские услуги в письменной форме с приложением соответствующего дополнительного соглашения об изменении цен на медицинские услуги.

3.1.3. Обеспечить соответствие оказываемых им медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Обеспечить Пациента необходимой и достоверной информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.5. Предоставить после исполнения настоящего Договора Пациенту (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Определять длительность лечения.

3.2.2.Определять объем медицинских услуг, исследований для необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.3. Самостоятельно принимать решения о проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2.4. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг других лиц к исполнению своих обязательств по Договору, а также направлять Пациента в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях повышения качества оказываемых услуг.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и пр.), точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать лечебно-охранительный режим учреждения.

При грубых нарушениях перечисленных требований пациент подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.3.3. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. В суточный срок после получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги согласовать произошедшие изменения цен путем подписания дополнительного соглашения либо отказаться от дальнейшего оказания услуг по настоящему договору.

* 1. Пациент имеет право:
     1. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
     2. На выбор врача, при наличии у Исполнителя нескольких врачей нужной специальности.
  2. В случае, если Пациент в суточный срок с момента получения от Исполнителя письменного уведомления об изменении цен на медицинские услуги, не согласовывает произошедшие изменения и не подписывает соответствующее дополнительное соглашение, настоящий Договор считается расторгнутым со второго дня с момента получения Пациентом указанного уведомления. При этом Стороны обязуются завершить взаиморасчеты по настоящему Договору в 5 (пяти) дневный срок с даты расторжения настоящего Договора.
  3. Не допускается переуступка прав требования по Договору другому лицу, а также не допускается передача в залог без согласия Исполнителя. В случае неисполнения данного условия, Исполнитель вправе требовать уплаты штрафа в размере 10% от общей суммы оказания услуг по договору, а также, компенсации убытков или упущенных выгоды, понесенных Исполнителем в результате такой уступки или передачи в залог Заказчика.

**4. Конфиденциальность**

4.1. Исполнитель не вправе без письменного согласия Заказчика сообщать третьим лицам информацию, связанную или полученную в связи с выполнением настоящего Договора, и использовать ее для каких - либо целей, кроме в целях исполнения настоящего Договора, в том числе после прекращения настоящего Договора (далее - конфиденциальная информация).

4.2. Исполнитель не вправе передавать оригиналы или копии документов, полученные от Заказчика, третьим лицам без предварительного письменного согласия Заказчика.

* 1. Исполнитель обязуется обеспечить, чтобы его работники и другие привлекаемые к оказанию Услуг третьи лица также не нарушали требования конфиденциальности.
  2. Исполнитель имеет право раскрывать конфиденциальную информацию государственным органам, уполномоченным запрашивать такую информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, на основании должным образом оформленного запроса на предоставление такой информации. При этом Исполнитель обязан незамедлительно уведомить Заказчика о поступившем запросе и предпринять все необходимые и допустимые законом действия для предотвращения раскрытия конфиденциальной информации

1. **Антикоррупционная оговорка**

5.1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или для достижения иных неправомерных целей.

5.2. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии коррупции.

5.3. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела другой Стороной, ее аффилированными лицами, работниками или посредниками.

5.4. Каналы уведомления Заказчика о нарушениях каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Каналы уведомления Исполнителя о нарушениях каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела: 8(3496) 455-755, e-mail: sekretar@linpol.ru.

Сторона, получившая уведомление о нарушении каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела, обязана рассмотреть уведомление и сообщить другой Стороне об итогах его рассмотрения в течение 7 (семи) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

5.5. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений пункта 1 настоящего раздела с соблюдением принципов конфиденциальности и применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

5.6. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений пункта 1 настоящего раздела и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления о нарушении в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, другая Сторона имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем внесудебном порядке путем направления письменного уведомления не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты прекращения действия настоящего Договора.

**6. Ответственность сторон**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7. Обстоятельства непреодолимой силы**

7.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности перед другой Стороной за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, обусловленное действием обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, в том числе, гражданскими волнениями, эпидемиями, блокадами, эмбарго, пожарами, землетрясениями, наводнениями и другими природными стихийными бедствиями, изданием актов органов государственной власти.

7.2. Свидетельство, выданное компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.

7.3. Сторона, которая не исполняет свои обязательства вследствие действия обстоятельств непреодолимой силы, должна не позднее, чем в трехдневный срок, известить другую Сторону в письменном виде о таких обстоятельствах и их влиянии на исполнение обязательств по настоящему Договору.

В случае неисполнения Стороной обязанности, предусмотренной в настоящем пункте, она лишается права ссылаться на обстоятельства непреодолимой силы как на обстоятельство, освобождающее ее от ответственности за ненадлежащее исполнение или неисполнение обязательств по настоящему Договору.

7.4. Действие обстоятельств непреодолимой силы продлевает срок выполнения обязательств по настоящему Договору на срок действия обстоятельств непреодолимой силы.

7.5. Если обстоятельства непреодолимой силы действуют на протяжении 3 (трех) последовательных месяцев, Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, либо в одностороннем порядке по инициативе заинтересованной Стороны.

**8. Разрешение споров**

8.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями.

8.2. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – три недели с даты получения претензии.

8.3. Если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в *указывается полное название арбитражного суда, в который передается спорный вопрос для рассмотрения*.

**9. Порядок внесения изменений, дополнений в договор и его расторжения**

9.1. В настоящий Договор могут быть внесены изменения и дополнения, которые оформляются Сторонами дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

9.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут:

9.2.1. В случае неисполнения/ненадлежащего исполнения Пациентом обязательств по оплате медицинских услуг.

9.2.2. По основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

9.3. Пациент, решивший расторгнуть настоящий Договор, должен направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор Исполнителю не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения настоящего Договора. Настоящий Договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении о расторжении. При этом Пациент обязан оплатить фактические затраты по оказанию Услуг, произведенные до даты получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

9.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств Пациент вправе потребовать уменьшения стоимости лечения, изменения срока оказания медицинской услуги, лечения другим специалистом или расторжения настоящего Договора и потребовать возмещения убытков.

**10. Срок действия договора**

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его заключения Сторонами и действует до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., а в части взаиморасчетов до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

.

**11. Прочие условия**

11.1. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором, Исполнитель обязуется возвратить Пациенту авансовый платеж в части, превышающей стоимость оказанных услуг, в течение 10 (десяти) календарных дней с даты расторжения настоящего Договора.

11.2. Все уведомления Сторон, связанные с исполнением настоящего Договора, направляются в письменной форме по адресу Стороны, указанному в реквизитах настоящего Договора. Уведомления, сообщения, согласования в рамках исполнения настоящего Договора могут быть направлены другой стороне по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора и предусмотренные самим Договором. Документы, направляемые в отсканированном виде, содержащие печать и подпись стороны, в последующем, должны быть направлены в оригинале по адресу, указанному получателем в реквизитах Договора. Сторона, указавшая неверный электронный адрес или не указавшая его вообще, не вправе ссылаться на несвоевременное получение уведомления, сообщения и прочей письменной документации от другой стороны. В этом случае, уведомления, сообщения и прочая переписка будет считаться принятыми к исполнению другой стороной с даты отправки электронного письма или если не указан электронный адрес, с даты, установленной отправителем письма/уведомления отправившим сообщение иным способом.

11.3. Все вопросы, не предусмотренные настоящим Договором, регулируются законодательством Российской Федерации.

11.3. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

11.5. К настоящему Договору прилагаются:

11.5.1. Перечень медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору – Приложение №1;

11.5.2. Согласия Пациента на обработку его персональных данных – Приложение №2;

11.5.3. Уведомление Пациента/Заказчика – Приложение №3.

**12. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент/Заказчик** |
| ЧУЗ «Поликлиника «РЖД-Медицина» г. Ноябрьск»  Адрес: 629811, ЯНАО, г. Ноябрьск, ул. Привокзальная, дом 1А  ИНН 8905033818 КПП 890501001  р/счет 40703810767030100087  Западно-Сибирский банк ПАО  Сбербанк г. Тюмень  БИК 047102651  к/счет 30101810800000000651,  тел.(3496) 455-755 факс 33-58-60  E-mail sekretar@linpol.ru | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Исполнитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Пациент/Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

М.П.