

ДОГОВОР №
возмездного оказания медицинских услуг

Санкт-Петербург

«__» _____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский санаторий «Солнечное», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Устава и имеющее лицензию № ЛО-78-01-008179 от 18.09.2017 г, в лице главного врача Андриянычевой Натальи Владимировны, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту по его желанию следующие возмездные медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование предоставляемых услуг	Стоимость, р.	Кол-во	Сумма оплаты
1					
		Итого:			

1.2. Заказчик обязуется оплатить предоставленные медицинские услуги в порядке, предусмотренным разделом 3 настоящего Договора.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Медицинские услуги оказываются по инициативе Заказчика вне плана распределения мест на санаторно-курортное лечение, утвержденное Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

2.2. Заказчик отказался от предоставления ему альтернативной возможности получения медицинской помощи, поименованной в п. 1 настоящего Договора, за счет средств бюджета. _____

(подпись)

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

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Общая сумма оплаты Заказчиком за предоставленные услуги, поименованные в п.1, в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом составляет: __ руб. на день заключения Договора. НДС не облагается.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке предоплаты в размере 100 % до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. **Исполнитель** обязуется:

4.1.1. Поручить врачу _____, именуемому в дальнейшем Лечащим врачом.
(фамилия, имя, отчество)

4.1.1.1. осуществить в оговоренное с Заказчиком время собеседование, осмотр Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимого обследования и лечения в четком соответствии с приказами, нормативными документами и методическими рекомендациями МЗ РФ;

4.1.1.2. предоставить Заказчику достоверную и полную информацию о результатах осмотра, необходимом лечении, дополнительном обследовании, возможностях Исполнителя, свойствах и характеристике услуги в доступной для него форме;

4.1.1.3. занести в медицинскую карту результаты осмотра, предварительный диагноз, план лечения; назначения лекарственных препаратов в соответствии с медицинскими показаниями и объективным состоянием здоровья Пациента.

4.1.1.4. информировать о возможных последствиях, осложнениях, применяемых инвазивных методов обследования и лечения, с учетом профессиональной специфики медицинской услуги, под личную подпись Заказчика в амбулаторно-поликлинической карте.

4.1.2. Исполнитель гарантирует выполнение всех действий (манипуляции, процедуры, диагностические и лечебные вмешательства, назначения лекарственных препаратов, методов лечения, обследования и др.) в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и объективным состоянием здоровья Пациента.

4.2. **Заказчик** обязуется:

4.2.1. Обеспечить выполнение Пациентом назначения и рекомендации Лечащего врача и медицинского персонала.

4.2.2. Немедленно информировать обо всех изменениях в состоянии здоровья Пациента при получении назначенного лечения и лекарственных препаратов.

4.2.3. Во время наблюдения и лечения Пациента не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления Лечащего врача.

4.2.4. Выполнять рекомендации Лечащего врача по выполнению охранительного режима и питания.

4.2.5. Ставить свою подпись под информацией, полученной от Лечащего врача.

4.2.6. Информировать Лечащего врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

- 4.2.7. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.
- 4.2.8. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.
- 4.3 **Исполнитель** имеет право:
- 4.3.1 Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
- 4.3.2 Требовать от Заказчика соблюдения правил поведения в медицинском учреждении, режима работы медицинского учреждения.
- 4.3.3 Требовать оплаты услуг, оказанных Заказчику по настоящему Договору.
- 4.4 **Заказчик** имеет право:
- 4.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.
- 4.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
- 5.2. В случае невозможности оказания услуги, возникшей по вине Заказчика, услуги подлежат оплате в полном объеме.
- 5.3. В случае, когда возникла невозможность оказания услуг по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им затраты.
- 5.4. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 782 ГК РФ.
- 5.5. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, если в процессе оказания медицинской услуги возникла угроза жизни и здоровью Пациента; обязан оказать необходимую медицинскую помощь.
- 5.6. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
- 7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
- 7.3. Заказчик ознакомлен с программой предоставляемых услуг и дает свое информированное согласие Исполнителю на их реализацию.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

СПб ГБУЗ «Детский санаторий «Солнечное»
197739, Санкт-Петербург, пос. Солнечное,
ул. 2-я Боровая, д. 6,
ИНН 7821007591 КПП 784301001,
Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб
ГБУЗ «Детский санаторий «Солнечное» л/с 0151061)
Северо-Западное ГУ Банка России // УФК по Санкт-
Петербургу, г. Санкт-Петербург
Р/счет 40102810945370000005
Каз. сч. № 03224643400000007200
БИК 014030106
ОКТМО 40370000
ОКВЭД 86.90.4
ОГРН 1027812406632
КД 816 ПД 130

Главный врач

Н.В.Андрьянычева

Заказчик:

ФИО: _____

Домашний адрес: _____

Паспортные данные: _____

Выдан: _____

Телефон: _____

Подпись _____