До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Потребителя)

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

 (подпись) (фамилия, имя, отчество Потребителя (Заказчика)

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Саранск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница»(ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ»), зарегистрированное в ИФНС по Октябрьскому району г.Саранск(Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 28 марта2013 г. серия 13 № 001500350 ОГРН 1021301116517, ИНН 1328048037), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Администратора, действующего на основании Приказа главного врача ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ» от 31.08.2023года, Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 26 июня 2019 г. № Л041-01178-13/00332458 выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, расположенной по адресу: 109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, **(перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность учреждения** **и в соответствии с лицензией содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя, а так же в едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: roszdravnadzor.ru,** в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_гражданин/ка Российской Федерации

(фамилия, имя, отчество Заказчика или законного представителя)

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

(дата рождения пациента, адрес пациента, моб.телефон пациента, паспортные данные пациента, электронная почта),

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

именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», действующий в интересах Потребителя

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

(фамилия, имя, отчество Потребителя)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1.По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (Заказчика), обязуется оказать ему медицинские и иные услуги (в соответствии с утвержденным Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг), указанные в п.2.1.1. настоящего договора, а Потребитель (Заказчик)обязуется оплатить данные услуги в сроки и порядке, которые определены настоящим договором.

1.2. Исполнителем после исполнения настоящего договора выдаются Потребителю (законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, результаты исследования), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медизделиях, без взимания дополнительной платы.

1.3. Потребитель (Заказчик) уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий, при этом отказ Потребителя от заключения настоящего договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему без взимания платы в рамках Республиканской территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, но при этом Потребитель (Заказчик) сознательно и добровольно просит оказать ему платные медицинские услуги.

**2. Права и обязанности сторон**

2.2. Исполнитель обязуется:

2.1.1.Оказать Потребителю платные медицинские и иные услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Товар, услуга** | **Полное наименование услуги** | **Цена** |
|  |  |  |

(наименование медицинской услуги, код)

Срок оказания медицинской услуги:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем (Заказчиком) денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. Извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, либо о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.5.Выдать результаты исследования: нарочно /по электронной почте (rikb-ovd@mail.ru)

 (выбрать необходимое)

по истечению 3 - 10 рабочих дней современи доставки материалов в лабораторию.

2.1.6. Результаты исследований можно получить в соответствии с графиком работы администратора в ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ» одним из представленных ниже вариантов:

- у администратора в ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ» нарочно;

- по электронной почте (свой e-mail необходимо указать в разделе 9 настоящего договора).

2.1.7. Ознакомить Потребителя (Заказчика) при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительным режимом, правилами техники безопасности и пожарной безопасности.

2.1.8. Ознакомить Потребителя с информацией на стендах (стойках),на сайте Исполнителя, в сети Интернет, касающейся предоставления платных услуг Исполнителем.

2.2.Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п.2.1.1.настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся проведения медицинских услуг (Приложение №1,2,3 к договору).

2.2.3. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя, в том числе, назначенного режима лечения.

2.3.Потребитель (Заказчик)имеет право:

2.3.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.3.2. Потребовать составление сметы на предоставление платных медицинских услуг, при этом она будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

2.4. Потребитель (Заказчик) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» дает согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании счета по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным приказом главного врача, действующим на момент заключения договора и составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (сумма прописью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_НДС не облагается (ст.149 НК РФ).

 (сумма цифрами)

3.2.Потребитель (Заказчик) оплачивает 100 % от предварительной стоимости медицинских услуг.

3.3. Оплата за оказание услуг осуществляется путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя:

- в кассу учреждения;

- через терминал;

- либо любым другим способом, не запрещенным законодательством Российской Федерации.

3.4. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.5. При отказе Потребителя (Заказчика) от медицинских услуг сумма, внесенная Потребителем за медицинские услуги, предусмотренные п. 3.1. настоящего договора, возвращается Потребителю (Заказчику) за вычетом фактически понесённых расходов Исполнителем в течении 10 (десяти) рабочих дней на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации), либо наличными денежными средствами из кассы Исполнителя.

**4. Срок действия договора**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

4.2. Договор будет считаться прекращенным после выполнения всех взаимных обязательств и урегулирования расчетов между Сторонами.

**5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

5.4. Вносимые дополнения и изменения в договор, рассматриваются Сторонами и оформляются дополнительным соглашением в письменной форме, являющимся неотъемлемой частью договора.

**6. Ответственность сторон**

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Сторонами своих обязанностей по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

**7.****Конфиденциальность**

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении любой информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя (в случае, если Заказчик и Потребитель одно и то же лицо - в 2 (двух) экземплярах).

8.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут решаться, по возможности, путем переговоров. В случае не достижения согласия, споры решаются в судебном порядке.

8.4. Направить обращения (жалобы) Потребитель может в органы Государственной власти и организации на адреса электронной почты: Министерства здравоохранения Республики Мордовия (отдел контроля за соответствием качества оказываемой медицинской помощи и лицензирования медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ) mzdr@e-mordovia.ru; Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Мордовия sen@moris.ru; Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Мордовия info@reg13.roszdravnadzor.ru; Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (ТФОМС РМ) mrfoms@moris.ru.

**9. Реквизиты и подписи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:****ГБУЗ Республики Мордовия «Республиканская инфекционная клиническая больница»**Юридический адрес: 430024, Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Косарева,118Тел/факс: (8342) 55-37-37 - администрация;Консультативно-диагностическое отделение: 36-01-08 E-mail:gbuz.rm.rikb@e-mordovia.ruСайт: https://rikb.ruИНН: 1328048037 КПП: 132801001БИК: 048952001р/с 40601810452893000002в Отделении – НБ Республики Мордовия г. Саранскл/с 20805805361 Минфин Республики Мордовия (ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ»)**Администратор ГБУЗ Республики Мордовия «РИКБ»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.П. | **Потребитель:**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (инициалы, фамилия) | **Заказчик:****(законный представитель Потребителя):**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (инициалы, фамилия) |