ТИПОВАЯ ФОРМА ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
 к приказу директора

ФГБУ ТС «Голубая бухта»

Минздрава России
от 16 февраля 2024 года № 26

**Договор № \_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Геленджик \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Федеральное государственное бюджетное учреждение туберкулезный санаторий «Голубая бухта» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя директора по медицинской части Калининой Людмилы Васильевны, действующей на основании доверенности от 02 июня 2023 года № 338, юридический и фактический адрес: 353467, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Просторная, д. 2; ОГРН 1022300778070, ИНН 2304014256, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 12 ноября 2020 года № ФС-23-01-004828 (далее - Лицензия), предоставлена руководителем Территориального органа Росздравнадзора по Краснодарскому краю*,* расположенного по адресу: 350018, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Северная, д. 315, телефон +7 (861) 9910896; срок действия лицензии: бессрочно; копия лицензии находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя, а также в Едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: roszdravnadzor.ru., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(Ф.И.О. потребителя, его законного представителя (при наличии), либо со слов потребителя при оказании услуг анонимно)*

Именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем.

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление медицинской услуги  | Срок оказания услуги | Кол-во услуг | Стоимость услуги (руб.) | Общая цена (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.2. Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения.

1.4. Срок ожидания услуги составляет: до 10 (десяти) рабочих дней с даты подписания Договора, в зависимости от загруженности медицинских работников.

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

1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

1.7. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить качественное выполнение услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Ознакомить Потребителя с прейскурантом и порядком оплаты услуги.

2.1.3. Выдать Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

2.1.4. Выдать Потребителю после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, лабораторные заключения, справки, сертификаты, прочие), отражающие состояние его здоровья в соответствие с оказанными услугами.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии.

2.1.6. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.7. По окончании оказания медицинской услуги представить Потребителю письменный акт об оказании медицинских услуг.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги, установленные Договором.

2.2.2. Информировать врача о перенесенных и имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.3. Представлять Исполнителю все документы и информацию относительно общего состояния здоровья, как на момент начала, так и в процессе предоставления медицинских услуг.

2.2.4. Выполнять предписания врача, все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги. Соблюдать действующие у Исполнителя правила поведения и режим его работы.

2.2.5. Посещать медицинских работников и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Потребителя на прием в установленное время, время повторного приема определяется по усмотрению Исполнителя.

2.2.6. Подписывать своевременно акт об оказании медицинских услуг в течение 1 (одного) рабочего дня с момента его получения при условии отсутствия у Потребителя замечаний к оказанным услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в Акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления сведений и документов, указанных в п.п. 2.1.3, 2.1.4, 2.1.6.

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

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. Порядок оплаты услуг**

3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания наличным или безналичным способом.

3.2. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.4. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю деньги в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предъявления требования Потребителем.

**4. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства**

4.1. Обязательства сторон должны выполняться надлежащим образом, в установленные сроки, в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством.

4.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по Договору при выполнении его условий, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение обязательств оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, при конкретных условиях конкретного периода времени. К обстоятельствам непреодолимой силы Стороны настоящего Договора отнесли такие: явления стихийного характера (землетрясение, наводнение, удар молнии, сели, оползень, цунами и т.п.), в месте исполнения обязательств по Договору, исключающих для человека нормальную жизнедеятельность; мораторий органов власти и управления; забастовки, организованные в установленном законом порядке и другие обстоятельства, которые могут быть определены Сторонами Договора как непреодолимая сила для надлежащего исполнения обязательств.

**5. Порядок разрешения споров**

5.1. Стороны обязуются принимать необходимые меры к тому, чтобы любые спорные вопросы и разногласия, касающиеся Договора, были урегулированы путем совместных переговоров.

5.2. В случаях, если Стороны не достигнут согласия путем переговоров или какая-либо Сторона уклоняется от проведения переговоров, то спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ, с соблюдением обязательного досудебного претензионного порядка урегулирования спора. Срок ответа на претензию равен 10 (десяти) рабочим дням.

**6. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут или изменен в соответствии с действующем законодательством, по обоюдному согласию Сторон.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

**7. Заключительные положения**

7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

7.2. Договор составляется в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

7.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- приложение № 1: Информированное добровольное согласие на получение платных услуг;

- приложение № 2: Акт об оказании медицинских услуг;

**8. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель |
| ФГБУ ТС «Голубая бухта» Минздрава РоссииЮридический адрес: 353467 Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Просторная 2,Тел./факс: 8-86141-28271ИНН 2304014256 КПП 230401001 БИК 040349001 ОГРН 1022300778070 ОКПО 01908285 р/счет 40501810000002000002ОКВЭД 85.11.2 Банк получателя: ГРКЦ ГУ БАНКА РОССИИ ПО КРАНОДАРСКОМУ КРАЮ г. КраснодарЗаместитель директора по медицинской части \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Л.В. Калинина /  (подпись)  | Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (фамилия, инициалы) |

Приложение № 1 к Договору оказания

платных медицинских услуг

от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года № \_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг**

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

 *(Ф.И.О. потребителя, его законного представителя (при наличии), либо со слов потребителя при оказании услуг анонимно)*

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ ТС «Голубая бухта» Минздрава России (далее – Исполнитель) в рамках Договора оказания платных медицинских услуг.

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

- ознакомил с действующим Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителя;

- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛСА и паспорта;

- предоставил информацию об адресе юридического лица, основном государственном регистрационном номере, идентификационном номер налогоплательщика; об адресе своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";

- довел до сведения Потребителя информацию о перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг; о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы; стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии); сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцы договоров; перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения;

- предоставил информацию об адресе и телефоне учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования; информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к заключенному со мной Договору оказания платных медицинских услуг.

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, инициалы)

Приложение № 2 к Договору оказания

платных медицинских услуг

от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года № \_\_\_\_

**Акт**

**об оказании медицинских услуг**

г. Геленджик \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Мы, нижеподписавшиеся, Федеральное государственное бюджетное учреждение туберкулезный санаторий «Голубая бухта» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - ФГБУ ТС «Голубая бухта» Минздрава России), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице заместителя директора по медицинской части Калининой Людмилы Васильевны, действующей на основании доверенности от 02.06.2023 г. №338, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_г., зарегистрирован (-а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что согласно заключенному договору, исполнителем оказаны услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид, наименование услуги | Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг | Срок оказания услуги | Стоимость услуги |
|  |  |  |  |

Потребителем произведена оплата за оказанные услуги в сумме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_ копеек.

Оказанные услуги соответствуют условиям договора и удовлетворяют Потребителя.

Документы, подтверждающие оказание услуг (-и) выданы.

Гарантии не предусмотрены.

При подписании данного акта приема возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель |
| ФГБУ ТС «Голубая бухта» Минздрава РоссииЮридический адрес: 353467 Краснодарский край, г. Геленджик, ул. Просторная 2,ИНН 2304014256 КПП 230401001 БИК 040349001 ОГРН 1022300778070 ОКПО 01908285 р/счет 40501810000002000002ОКВЭД 85.11.2 Банк получателя: ГРКЦ ГУ БАНКА РОССИИ ПО КРАНОДАРСКОМУ КРАЮ г. КраснодарЗаместитель директора по медицинской части \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Л.В. Калинина /  (подпись)  | Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (фамилия, инициалы) |