

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Кисловодск

« ____ » 201__ г.

(Ф.И.О. физического лица)

адрес: _____

(физического лица)

телефон _____, именуемый -(ая) в дальнейшем «Потребитель».

(наименование юридического лица, Ф.И.О. физического лица)

адрес _____, телефон _____,

(юридического лица, физического лица)

иcменуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик» или, в случае заключения договора от имени несовершеннолетнего или недееспособного лица, «Законный представитель»,

Заполняется в случае заключения договора Заказчиком или Законным представителем Потребителя в интересах Потребителя

с одной стороны, и

Санаторно-курортное учреждение «Санаторий им. С. М. Кирова», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора-главного врача Иванчук Игоря Васильевича, действующего на основании Устава с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:

Наименование и фирменное наименование (если имеется)	Санаторно-курортное учреждение «Санаторий им. С. М. Кирова»
Адрес места нахождения	357700, Ставропольский край, г. Кисловодск, пр-т Ленина, дом 23
Телефон, факс, e-mail	8 87937 2-50-04, sarmat@narzan.com
Официальный сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	www.kirova.ru
Гос. регистрация юридического лица:	
Свидетельство (серия, номер, дата)	Серия 26 № 00284768 от 26.11.2002г.
ОГРН	1022601318431
Орган, осуществлявший гос. регистрацию	Инспекция МНС России по г. Кисловодск у Ставропольского края
Лицензия на осуществление медицинской деятельности:	
Номер лицензии и дата ее регистрации	№ЛО-26-01-000189 от 13 ноября 2008г.
Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа	Комитет Ставропольского края по торговле и лицензированию отдельных видов деятельности
Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией	осуществление доврачебной медицинской помощи по: диетологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике; осуществление амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе при осуществлении специализированной медицинской помощи по: педиатрии, терапии, урологии, физиотерапии; осуществление стационарной медицинской помощи, в том числе при осуществлении специализированной медицинской помощи по: терапии; осуществление санаторно-курортной помощи по: акушерству и гинекологии, диетологии, кардиологии, мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, педиатрии, психотерапии, пульмонологии, стоматологии, терапии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель берет на себя обязательства оказать Потребителю платные медицинские услуги, предусмотренные разделом 5 договора, а Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя или его Законного представителя.

2.3. Платные услуги предоставляются после их предварительной оплаты в соответствии с разделом 5 настоящего договора.

2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: Ставропольский край, г. Кисловодск, проспект Ленина, дом 23 в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1 настоящего Договора, надлежащего качества, в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории Российской Федерации), а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями (стандарты и требования к медицинским услугам на территории России).

3.1.3. Предупредить Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные медицинские услуги.

3.1.4. Представить Потребителю или его Законному представителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, которые будут оказывать медицинские услуги.

3.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам без согласия Потребителя или его Законного представителя находящуюся у Исполнителя информацию (документацию) о Потребителе.

3.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.1.7. Представлять Потребителю или его Законному представителю материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

3.1.8. Предоставлять Потребителю или его Законному представителю по его требованию и в доступной форме информацию:

- о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- 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.

3.1.9. Давать при необходимости по просьбе Потребителя или его Законного представителя разъяснения о ходе оказания услуг.

3.2. Потребитель или его Законный представитель обязуется:

3.2.1. Перед оказанием платных медицинских услуг дать Исполнителю информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (приложение №1).

3.2.2 Соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг.

3.2.2. Соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг.

3.2.3. Во время нахождения на территории Исполнителя соблюдать Правила поведения в медицинском учреждении, установленные Исполнителем, если они не ограничивают его права по действующему законодательству и настоящему Договору.

3.2.4. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материальную помощь.

3.2.6. Своевременно подписывать отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

3.2.7. В случае отказа от медицинских услуг (части медицинских услуг) уведомить об этом исполнителя в письменной форме.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3. Получать от Потребителя или его Законного представителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем или его Законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг.

3.3.3. В случае отказа Потребителя или его Законного представителя от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от Потребителя или его Законного представителя соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

3.4. Потребитель или его Законный представитель имеет право:

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

3.4.2. Предъявлять 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 и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006).

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

4. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Подписываемые Сторонами отчеты (акты, результаты анализов, заключения) об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю.

4.2. Отчеты (акты, результаты анализов, заключения) представляются Исполнителем не позднее 7 дней со дня оказания услуг.

4.3. Потребитель или его Законный представитель обязуются рассмотреть и подписать отчеты (акты, результаты анализов, заключения), представленные Исполнителем, при их получении, при условии отсутствия у Потребителя или его Законного представителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель или его Законный представитель указывает об этом в отчете (акте, результатах анализов, заключениях) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю.

5. ПЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

5.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет:

5.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком или Законным представителем Потребителя) в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путём внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя».

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем или его Законным представителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора по вине Исполнителя, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
 - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
 - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
 - расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика или Законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик или Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной 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.

6.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее двух дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

8. ПОРЯДОК ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания договора, и действует до полного исполнения сторонами всех обязательств.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Договор считается расторгнутым в случае отказа Потребителя или его законного представителя дать Исполнителю в письменной форме информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг (медицинское вмешательство).

9.2. Персональные данные, полученные от Потребителя или от его законного Представителя при заключении договора и в процессе его исполнения, обрабатываются в соответствии со статьей 6 и статьей 10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» с учетом положений нормативных актов, регулирующих сроки хранения документов, содержащих персональные данные.

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

9.4. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, равном количеству сторон в договоре, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК¹

Наим-е юр.лица или Ф.И.О. физ.лица _____

Адрес (места нахождения юр.лица, места
жительства
физ.лица): _____

Тел. _____ факс _____

Только для юридических лиц:

ОГРН _____

ИНН _____ КПП _____

Р/с _____

Банк: _____

К/с _____

БИК _____

Только для физ.лиц:

Паспорт: _____

серия _____ номер _____

выдан _____

Код подразд. _____ дата выдачи _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Ф.И.О. _____

Адрес места жительства: _____

Тел. _____

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

Код подразд. _____ дата выдачи _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ

СКУ «Санаторий им. С. М. Кирова»

Адрес места нахождения:
357700, Ставропольский край,
г. Кисловодск, пр-т Ленина, д.23

Тел./факс 8 87937 2-50-04

ОГРН 1022601318431

ИНН 2628037743 КПП 262801001

Р/с 40703810800070000007

Банк: Филиал в г. Ессентуки АКБ «Ланта-Банк» (ЗАО)

К/с 30101810100000000780

БИК 040724780

/ _____ /
Должность подпись И.О. Фамилия

М.П.

/ _____ /
Подпись И.О. Фамилия

М.П.

Директор-
главный врач /
Должность подпись И.О. Фамилия

М.П.

¹ Заполняется в том случае, если услуги заказываются и оплачиваются лицом, не являющимся Потребителем или законным представителем Потребителя

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
при оказании платных медицинских услуг**

Я _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)

года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____, паспорт: _____
, выдан: _____ код подразделения _____, «___» ____ г., являясь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным):

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения
всилу: _____

(реквизиты документа, удостоверяющего полномочия законного представителя)

- ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы учреждения, правилами внутреннего распорядка и правилами оказания платных медицинских услуг, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, соглашаться с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, предоставляемых платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
- ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;
- разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

- мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого)

«___» ____ 201__ года.

Подпись пациента (законного представителя пациента) _____

Расписался в моем присутствии:

(Должность, Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я _____,
являясь Потребителем медицинских услуг,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____, паспорт: _____
выдан: _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Потребителя (ребенка или лица, признанного недееспособным):

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

в целях оказания платных медицинских услуг, даю согласие (не даю согласие) на обработку моих персональных данных
(ненужное вычеркнуть)

(персональных данных Потребителя), включая данные о состоянии моего здоровья (о состоянии здоровья Потребителя). Разрешаю обработку и хранение персональных данных.

Потребитель (законный представитель Потребителя):

(Ф.И.О.)

(Подпись)

«___» ____ 201__ г.