|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Договор на оказание платных медицинских услуг населению** | | | | | | |  |
| **г.Санкт-Петербург** | |  | | **«\_»\_\_\_\_20\_\_** | | | |
|  | | | |
| Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 1», зарегистрированное инспекцией МНС РФ по Василеостровскому р-ну г. Санкт-Петербурга за основным государственным регистрационным номером 1027800546839 от 08 декабря 2011 г. в Едином государственном реестре юридических лиц, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующего(ей) на основании доверенности №\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_ г., с одной стороны и гражданин(ка)РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России (далее по тексту – «медицинские услуги»), в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг (далее по тексту – Прейскурант), утвержденным Исполнителем, а Потребитель обязуется своевременно оплатить оказываемые платные медицинские услуги. 1.2. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании следующего перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии на осуществление медицинской деятельности № 78-01-005635 от 20 марта 2015 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая д.1; тел.(812) 63-555-63): 199178, г. Санкт – Петербург, 12 линия, д. 39, лит. «Б» При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; организации сестринского дела; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии – наркологии; психотерапии; сексологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эпидемиологии; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности. 199106, г. Санкт – Петербург, Канареечная улица, д.13, лит. «А» При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико – санитаой помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; психиатрии; психиатрии – наркологии; психотерапии; сексологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских освидетельствований: психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности. | | | | | | | |
| 1.3. Исполнитель оказывает Потребителю следующие медицинские услуги: | | | | | | | |
|
| № п/п | Наименование медицинской услуги | | Стоимость услуги | | Количество | Итоговая сумма | |
| 1 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра | | 450 | | 1 | 450 руб. | |
| 2 | Скрининговая электроэнцефалография (фоновая запись биоэлектрической активности головного мозга) | | 450 | | 1 | 450 руб. | |
| Всего: | | | | | 900 руб. | | |
|  | | | | | | | |
| 1.4. Стоимость предоставляемых Исполнителем медицинских услуг определяется по действующему Прейскуранту. 1.5. Ответственный за исполнение условий Договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО врача). 1.6. До заключения Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного порядка освидетельствования, режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. | | | | | | | |
| **2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ** | | | | | | | |
|
|  | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в помещении по адресу: Санкт-Петербург, В.О, 12 линия, д.39, лит. «Б» (далее – «СПб ГБУЗ «ПНД № 1», «Учреждение»). 2.2. СПб ГБУЗ «ПНД № 1» оказывает медицинские услуги в соответствии с режимом работы хозрасчетного отделения Учреждения: Пн.: 10.00 — — 14.00, Вт.10.00-13.00, 14.00 — 19.00, обед 13.00 – 14.00, Ср.14.00 — 19.00, Чт.: 10.00-13.00, 14.00 — 19.00, обед 13.00 – 14.00, Пт.: 10.00 — 14.00 2.3. Предоставление медицинских услуг происходит в порядке очередности. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и вне установленной очереди. 2.4. Потребитель информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление Потребителя (законного представителя Потребителя) при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. | | | | | | | |
| **3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 3.1. Оплата медицинских услуг по Договору производится Потребителем в полном объеме в день оказания услуги. 3.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в наличном порядке путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Потребителю выдается контрольно-кассовый чек. 3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных Договором, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по утвержденному Прейскуранту. | | | | | | | |
| **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | | | | |
|
| 4.1. Исполнитель обязуется: 4.1.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями Договора. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.1.2. Предоставлять медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. 4.1.3. Предоставлять Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: - 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; - 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. 4.1.4. Обеспечить Потребителя в установленном в Учреждении порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов. 4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов. 4.1.6. Выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) по его письменному требованию копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг. 4.2. Права и обязанности Потребителя: 4.2.1. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить информацию в соответствии с п.4.1.3 Договора. 4.2.2. Потребитель имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает дежурный врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем или его представителем, а также медицинским работником. 4.2.3. Потребитель обязан оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу. 4.2.4. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем Договора, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений. 4.2.5. Потребитель обязуется заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя более чем 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги. 4.3. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 Договора. | | | | |
| **5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ** | | | | |
| 5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна). 5.2. С письменного согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя. 5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ. | | | | |
| **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | | | |
| 6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. 6.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | |
| **7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ** | | | | |
| 7.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по Договору, будут разрешаться путем переговоров. 7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| **8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** | | | | |
| 8.1. Условия Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон. 8.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством. | | | | |
| **9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** | | | | |
| 9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. | | | | |
| **10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** | | | | |
|  | | | | |
| "Исполнитель" СПб ГБУЗ «ПНД №1» 199178, СПб, В.О., 12 линия, д.39, лит. «Б» тел/факс 246-11-60 ИНН 7801074945 / КПП 780101001 Банковские реквизиты: Комитет финансов Санкт-Петербурга ( лицевой счет 0491013) Банк Северо-Западное ГУ Банка России Р/с 40201810200003000000 БИК 044030001 | |  | "Потребитель" Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия: \_\_\_\_\_номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи:  Зарегистрирован:  Телефон: | |
|  | | |
| Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | |
|  | | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | | |  |