

Уведомление

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманская городская детская поликлиника № 5» (далее – Исполнитель) уведомляет Заказчика (законного представителя) _____

о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Заказчик проинформирован о возможности получения Потребителем соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе о сроках их ожидания.

_____/_____/«__»_____
(подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту**

г. Мурманск

«__» _____ 20__ г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Мурманская городская детская поликлиника № 5», лицензия Л041-01163-51/00339872 (далее – **Лицензия**), дата предоставления лицензии: 19.10.2018 года, лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выдана Министерством здравоохранения Мурманской области, срок действия – бессрочно, в лице _____, действующего на основании _____,

_____, именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и

(Ф.И.О. полностью)

законный представитель несовершеннолетнего лица, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик по личному желанию поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию несовершеннолетнему пациенту (далее - **Потребитель**) _____,

(Ф.И.О.)

_____ года рождения, следующие медицинские услуги (далее - Услуги), в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешённых Лицензией, в объёме, в порядке и на условиях, определяемых настоящим Договором.

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором:

№	Наименование услуги	Цена услуги, руб.	Кол-во услуг	Сумма, руб.	Исполнитель услуги
ИТОГО:					X

1.2. Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.3. Оказание медицинской помощи при предоставлении платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, в объеме, согласованном Заказчиком.

1.4. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: **183035, Мурманская область, г. Мурманск, ул. Инженерная, д.1а.**

1.5. Виды выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности по адресу: 183035, Мурманская область, г. Мурманск, ул. Инженерная, д. 1а, согласно выписке из реестра лицензий: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; рентгенологии; стоматологии детской; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, размещён:

- на официальном сайте ГОБУЗ «МГДП № 5» - www.murdetpol5.ru,
- на информационном стенде у регистратуры на первом этаже здания,
- в бухгалтерии у кассира учреждения.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Заказчик обязуется:

- 2.1.1. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о наличии у несовершеннолетнего пациента других заболеваний, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также другую информацию, которая может затруднить или сделать невозможным оказание медицинских услуг, указанных в п. 1.1.
- 2.1.2. Своевременно и в полном объёме оплатить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом.
- 2.1.3. Соблюдать график приема врачей-специалистов, врачей педиатров – участковых, являться на приём к Исполнителю в установленное им время.
- 2.1.4. Выполнять указания, требования, рекомендации медицинского персонала во время всего периода оказания услуг. В ходе оказания услуг сообщать о любых изменениях самочувствия Потребителя.
- 2.1.5. Выполнять правила внутреннего распорядка учреждения, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.2. Заказчик имеет право:

- 2.2.1. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).
- 2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
- 2.2.3. Требовать возмещения ущерба, возникшего в случае ненадлежащего осуществления Исполнителем медицинской услуги.
- 2.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства, от медицинской услуги или потребовать её прекращения, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 2.2.5. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг, Заказчик вправе по своему выбору:
 - назначить новый срок оказания услуги;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков;
 - потребовать выплаты неустойки в порядке и размерах, определяемых Законом РФ «О защите прав потребителей». Указанная неустойка выплачивается за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги.
- 2.2.6. Воспользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативно-правовыми актами Российской Федерации.
- 2.3.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 2.3.3. Оказать квалифицированную и качественную медицинскую услугу.
- 2.3.4. Использовать разрешённые к применению в Российской Федерации медицинские изделия, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, медицинское оборудование.
- 2.3.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.3.6. Предупреждать Заказчика о возможности предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, если их выполнение требуется для исполнения настоящего договора, а также о возможности предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) без взимания платы.
- 2.3.7. Выдать Заказчику контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца), подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
- 2.3.8. Выдать Заказчику (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 2.3.9. Представить для ознакомления по требованию Заказчика (Потребителя) выписку из единого государственного реестра юридических лиц.
- 2.3.10. В целях защиты прав потребителя выдать по обращению Потребителя (законного представителя) следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
 - а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
 - б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
 - в) рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
 - г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца), подтверждающий произведенную оплату).

2.4. Исполнитель имеет право:

- 2.4.1. Требовать от Заказчика предоставления всех необходимых сведений для обеспечения предоставления качественных медицинских услуг.
- 2.4.2. Требовать от Заказчика соблюдения Потребителем графика прохождения процедур, внутреннего режима пребывания в учреждении, режима приёма лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний, бережного отношения к имуществу.
- 2.4.3. Отказать в исполнении обязательств по настоящему Договору в случае неполучения от Заказчика добровольного информированного согласия на оказание услуги, невыполнения Заказчиком своих обязательств, предусмотренных пунктом 2.1. настоящего Договора, по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 2.4.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.
- 2.4.5. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем исследований и медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

- 3.1. Стоимость медицинских услуг в соответствии с прейскурантом Исполнителя составляет _____ (_____) руб.
- 3.2. Оплата медицинской услуги производится Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путём безналичного расчёта.

3.3 При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, изменения к Договору должны быть произведены в письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Срок оказания услуг: с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

4.2. Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- перечень платных медицинских услуг (прейскурант) медицинской организации, порядок оказания платных медицинских услуг;
- порядок оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- 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;
- адреса и телефоны 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;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации), графике работы;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой.

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если причиной такого неисполнения, ненадлежащего исполнения является действие непреодолимой силы (форс-мажорные обстоятельства).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения сторон являются неотъемлемой частью Договора.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от исполнения Договора по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с даты подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств.

7.2. Все споры и разногласия по настоящему Договору стороны решают в претензионном порядке. При невозможности достижения согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

7.3. При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.4. Обращение (жалоба) на ненадлежащее оказание услуг медицинских может быть направлена Заказчиком (Потребителем) в письменном виде на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в том числе с использованием официального сайта медицинской организации, органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также при личном обращении заявителя. Сведения о контролирурующих организациях и контактные данные содержатся в соответствующем разделе на официальном сайте медицинской организации.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
<p>ГОБУЗ «МГДП № 5» Юридический адрес: 183035, г. Мурманск, ул. Инженерная, д. 1а тел/факс: 8 (8152) 41-11-73 регистратура: 8 (8152) 228-631 официальный сайт: murdetpol.ru e-mail: detpol_5@mail.ru</p>	<p>Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____ Паспорт серии _____ № _____, выдан _____ _____ (наименование выдавшего органа, дата выдачи)</p>
<p>ИНН 5190306427 КПП 519001001 ОКПО 51685078 ОГРН 1025100853348 Свидетельство серия 51 № 000528301 от 06.11.2002 г., выданное Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Мурманску Мурманской области.</p>	<p>Адрес: _____ _____ Телефон Заказчика: _____</p>
<p>Министерство финансов Мурманской области (ГОБУЗ «МГДП № 5», л/с 20496Э43700). ОТДЕЛЕНИЕ МУРМАНСК БАНКА РОССИИ/УФК по Мурманской области г. Мурманск БИК ТОФК 014705901 Казначейский счет 03224643470000004900 Единый казначейский счет 40102810745370000041</p>	<p>Потребитель Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество: _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ _____</p>

Наименование учредителя: Министерство здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский, д.1, тел. 8(8152) 486-096, 486-170)	Адрес: _____ _____ _____ Телефон потребителя (законного представителя потребителя):
Исполнитель _____ « ____ » _____ 20 ____ г. (подпись)	Заказчик _____ « ____ » _____ 20 ____ г. (подпись)
Согласен на обработку и передачу персональных данных несовершеннолетнего пациента в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст. 3, ст. 11 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг, указанных в договоре. _____ (подпись) (Ф.И.О.) (Заказчик)	