**СОГЛАСИЕ**

**на получение платных медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) информирован об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских(ой) услуг(и) платно, в соответствии с заключаемым Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о представлении информации о платных медицинских услугах**

На основании пункта 19 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ при заключении договора на оказание платных медицинских услуг в доступной форме представлена следующая информация о платных медицинских услугах:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении ПМУ, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей ПМУ (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**пациента о возможных последствиях несоблюдения рекомендаций медицинских работников**

До заключения договора в письменной форме я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) уведомлен исполнителем о том, что невыполнение 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 моем состоянии здоровья.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Хабаровск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБОУ ДПО «ИПКСЗ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а именно:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Название услуги | Срок оказания услуг | Кол-во услуг | Цена | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого стоимость всех услуг |  |

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-002621 от 19.09.2018 г. по адресу: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171В. Виды деятельности: 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: дезинфектологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии и рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Орган, выдавший лицензию: Министерством здравоохранения Хабаровского края, Адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32.

1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 21.02.2012. №2122724013322.

 **2. Сроки оказания услуг**

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы Исполнителя, по предварительной записи.

2.2. Пациент проинформирован Исполнителем о возможном ожидании по времени приема у медицинского работника Исполнителя для получения медицинских услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего Договора.

 **3. Условия и порядок оказания услуг**

3.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает Пациенту медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171В .

3.2. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору. Медицинская помощь по экстренным показаниям при невозможности Пациента выразить свою волю, оказывается медицинским работником Исполнителя без информированного добровольного согласия Пациента и без оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору.

 **4. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты**

4.1. Пациент производит предварительную оплату в размере 100% стоимости медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт

4.2. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте [stomadent-dv.ipksz.ru](http://stomadent-dv.ipksz.ru/) и на информационных стендах Исполнителя.

 **5. Права и обязанности сторон**

5.1. Права Пациента

5.1.1. Пациент имеет права, предусмотренные действующим законодательством РФ

5.2. Обязанности Пациента:

5.2.1. Пациент обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные ему Исполнителем услуги, в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

5.2.2. Соблюдать рекомендации лечащего врача, правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации

5.2.3. Подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 2 к настоящему договору).

5.3. Исполнитель вправе:

5.3.1. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Пациента всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Пациенту данных медицинских услуг, за исключением медицинского вмешательства по экстренным показаниям при невозможности выразить Пациентом свою волю.

5.4. Исполнитель обязан:

5.4.1. Оказать Пациенту услуги, согласно настоящего Договора в соответствии с требованиями качества и безопасности.

**6. Ответственность сторон**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Досудебный (претензионный) порядок для Сторон является обязательным. Сторона, имеющая спорный вопрос или претензию к другой Стороне обязана в подтверждение своей позиции представить надлежаще оформленные документы.

6.4. Исполнитель доводит до Пациента информацию о том, что форма и способ направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, установлены Федеральным законом "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" от 02.05.2006 N 59-ФЗ, Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей". Почтовый адрес и адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба) следующие: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская 171В,

clinica@ipksz.khv.ru

6.5. Исполнитель несёт ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора.

6.6. Пациент несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций лечащего врача, оказанных ему по настоящему Договору; за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6.7. В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству медицинских услуг и срокам их оказания, в течение пяти календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Пациент, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Пациентом в полном объеме.

6.8. Пациент уведомлен Исполнителем о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "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.

**7. Срок действия договора**

7.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами принятых обязательств

 **8. Изменение условий и расторжение Договора**

8.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.

8.2. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ. В случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг настоящий Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**9. Заключительные положения**

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

9.4. Порядок и условия выдачи медицинской документации (копий, выписок) производится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

**10. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | ПациентФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |