**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(в условиях стационара) (договор с представителем несовершеннолетнего/недееспособного пациента*

*и заказчиком – физическим лицом)*

г. Новосибирск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **«Представитель пациента»**, действующий(ая) от своего имени и в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем **«Пациент»**, с одной стороны,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемая (-ый) **«Заказчик»**, со второй стороны, и

**ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России,** имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности **(регистрационный номер лицензии: Л041-00110-54/00585656; дата предоставления лицензии: 04.06.2020, срок действия - бессрочно)**, выданную Территориальным органом Росздравнадзора по Новосибирской области (630007, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 11, 1-ый этаж; тел. 8(383) 223-23-15), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с третьей стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – «Договор») о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту **платные** **медицинские услуги** (далее – «Услуги»), а Заказчик обязуется оплатить Услуги согласно прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания Услуг, в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

2. Перечень и стоимость оказания Услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определены Программой лечения, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. Заказчик обязан произвести 100% оплату всех Услуг, указанных в Программе лечения, до начала их оказания.

Оплата за оказанные Услуги производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Срок оказания Услуг: Услуги начинают оказываться в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты заключения Договора.

Если в течение указанного в настоящем пункте срока Услуги не начали оказываться или не могут быть более оказаны в период действия Договора по каким-либо основаниям (противопоказания к лечению, отказ Представителя пациента, Пациента\* от лечения, вынужденное прекращение оказания Услуг по вине Пациента и др.), то Договор расторгается, о чем Представитель пациента, Пациент\* и Заказчик информируется Исполнителем, в этом случае Заказчик обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика в десятидневный срок с момента получения Исполнителем письменного заявления о возврате денежных средств.

Заказчик праве после расторжения Договора заключить с Исполнителем новый договор на оказание платных медицинских услуг Пациенту и воспользоваться уплаченной и неиспользованной по Договору суммой, на основании письменного заявления о зачете уплаченной по Договору суммы в счет нового Договора, заключаемого с Представителем пациента и Заказчиком.

5.Место оказания Услуг: г. Новосибирск, ул. Фрунзе, 17.

6. Исполнитель обязан оказать Пациенту Услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации

7. Исполнитель обязан предоставить Представителю пациента, Пациенту\* и Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых по настоящему Договору Услугах.

8. В процессе оказания Услуг Исполнитель устанавливает отсутствие противопоказаний у Пациента к дальнейшему оказанию Услуг. Оказание Услуг прекращается на любой их стадии в случае выявления противопоказаний к дальнейшему Исполнению.

9. Исполнитель вправе самостоятельно привлекать другие медицинские организации и сторонних квалифицированных специалистов (соисполнителей) для оказания Услуг.

10. Исполнитель вправе отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований врача, несоблюдения лечебно-охранительного режима и правил внутреннего распорядка организации Исполнителя, а также условий Договора.

11. Исполнитель вправе самостоятельно определять время медицинских манипуляций, устанавливать объем и характер обследования и лечения Пациента, способы его лечения. В случае возникновения неотложных и экстренных состояний Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и оказания неотложной и экстренной медицинской помощи.

12. Исполнитель вправе направить Пациента в другую медицинскую организацию, если лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и лечения Пациента.

13. Исполнитель вправе не нести ответственности за результат оказания Услуг Пациенту при ухудшении состояния здоровья Пациента в следующих случаях:

- при невыполнении Пациентом\*/Представителем пациента рекомендаций и предписаний специалистов (врачей) Исполнителя по его лечению;

- при не информировании Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и других осложнений, в том числе, с которыми Пациент\*/Представитель пациента был знаком до начала и в процессе лечения;

- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Пациента после прерывания и/или самостоятельного изменения схемы лечения по его вине;

- при обострении сопутствующей патологии Пациента.

14. Исполнитель обязан в день окончания оказания Услуг выдать Пациенту\*/Представителю пациента медицинские документы (выписной эпикриз), отражающие состояние здоровья, включая в том числе сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной оплаты.

По заявлению Представителя пациента/Пациента\* без взимания дополнительной оплаты Исполнитель предоставляет Представителю пациента/Пациенту копии медицинских документов и (или) выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента, в сроки и порядке, утвержденные действующим законодательством.

В день окончания оказания Услуг Стороны подписывают Акт приема-передачи оказанных услуг.

15. Представитель пациента, Пациент\* обязан информировать Исполнителя до момента начала оказания Услуг обо всех перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, выполнять требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуг. Исполнитель не несет ответственности за несвоевременное оказание Услуг, а также за оказание Услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Представителем пациента, Пациентом\* неполной информации о своем состоянии здоровья, либо вызванных медицинскими показаниями.

16. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

17. Пациент\*/Представитель пациента имеет право отказаться от получения Услуг при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных Исполнителем расходов. Отказ от оказания Услуг составляется в письменной форме.

18. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения настоящего Договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

19. Все споры, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения и ответа на претензию – 30 календарных дней со дня получения претензии стороной, за исключением требований, рассмотрение которых регулируется Законом Российской Федерации № 2300-1 от 07.02.1992 «О защите прав потребителей» - срок рассмотрения и ответа на требование составляет 10 календарных дней со дня предъявления соответствующего требования.

20. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

21. Все изменения и дополнения в Договор вносятся путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

22. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

23. Подписывая Договор Представитель пациента, Пациент\* и Заказчик подтверждают то, что они ознакомлены с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, а также Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* с учетом возраста и дееспособности Пациента*

***За недееспособного Пациента и несовершеннолетнего пациента, не достигшего возраста 15 лет****, по всем вопросам выступает его Представитель*

*Несовершеннолетний пациент* ***с 15 лет*** *не является стороной по Договору, но является участником взаимоотношений в части предоставления и получения информации, отказа от получения Услуг, обязанности соблюдать рекомендации по лечению и режиму, согласию на увеличение/изменение оказываемых Услуг (подписание добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство) и др.*

Адреса, реквизиты и подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Исполнитель**ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России 630091 г. Новосибирск, ул. Фрунзе,17,зарегистрировано Новосибирской городской регистрационной палатой 12.02.1993 № 3413,ОГРН 1035402451765, дата присвоения ОГРН: 13.01.2003,ИНН/КПП 5406011563/540601001УФК по Новосибирской области г. Новосибирск//Сибирское ГУ Банка России к/с 40102810445370000043р/с 03214643000000015100л/сч. 20516Х89550 БИК 015004950ОКВЭД 72.1, ОКАТО 50401386000ОКПО 01966762, ОГРН 1035402451765Тел. 8 (383) 373-32-01 Эл. почта: niito@niito.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. |  | **Представитель пациента****ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Адрес: Тел.: Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

 **Заказчик:**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:

Телефон:

Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приложение

к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Программа лечения (смета)**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование медицинской услуги** | **Кол-во** | **Цена** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ИТОГО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек.**

*В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Программой лечения, Исполнитель обязан предупредить об этом Представителя пациента/Пациента\* и Заказчика.*

*Подписывая настоящую Программу лечения Заказчик предоставляет Представителю пациента/Пациенту\* право выражения согласия на предоставления дополнительных платных медицинских услуг от имени Заказчика.*

*Факт уведомления и согласия Представителя пациента/Пациента\*, в том числе от лица Заказчика, на предоставление Пациенту дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных Программой лечения, подтверждается подписанием Представителем пациента/Пациентом\* информированного добровольного согласия на оказание Пациенту соответствующей медицинской услуги.*

*Согласие на увеличение по медицинским показаниям количества медицинских услуг, предусмотренных Программой лечения, не требующее получения дополнительного информированного согласия, выражается Представителем пациента/Пациентом\* после его информирования медицинским работником Исполнителя о необходимости такого увеличения с внесением записи в медицинскую документацию Пациента, путем фактического получения медицинской услуги.*

*Дополнительные платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании дополнительного соглашения к договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.*

*Оплата дополнительных платных медицинских услуг производится Заказчиком не позднее даты окончания оказания услуг по Договору (даты выписки Пациента). Итоговая стоимость оказанных услуг указывается в Акте приема-передачи оказанных услуг, подписываемом Сторонами.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* с учетом возраста и дееспособности Пациента*

***За недееспособного Пациента и несовершеннолетнего пациента, не достигшего возраста 15 лет****, по всем вопросам выступает его Представитель*

*Несовершеннолетний пациент* ***с 15 лет*** *не является стороной по Договору, но является участником взаимоотношений в части предоставления и получения информации, отказа от получения Услуг, обязанности соблюдать рекомендации по лечению и режиму, согласию на увеличение/изменение оказываемых Услуг (подписание добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство) и др.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** |  | **Представитель пациента** |
| ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России 630091 г. Новосибирск, ул. Фрунзе,17,зарегистрировано Новосибирской городской регистрационной палатой 12.02.1993 № 3413,ОГРН 1035402451765, дата присвоения ОГРН: 13.01.2003,ИНН/КПП 5406011563/540601001УФК по Новосибирской области г. Новосибирск//Сибирское ГУ Банка России к/с 40102810445370000043р/с 03214643000000015100 л/сч. 20516Х89550БИК 015004950ОКВЭД 72.1, ОКАТО 50401386000ОКПО 01966762, ОГРН 1035402451765Тел. 8 (383) 373-32-01 Эл. почта: niito@niito.ru |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: Тел.: Паспортные данные: |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Заказчик** **ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Адрес: Тел.: Паспортные данные: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |