|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Приложение № 1к приказу ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»от «17» августа 2020 г. № 874 (в ред.приказа № 1561 от 02.12.2024)\_\_\_\_\_ |

# ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг\*

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

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»** (свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 63 № 002035744, выданное ИМНС России по Кировскому району г. Самары 18.12.2002, ОГРН 1026300782364), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 15.10.2020 № ЛО41-01184-63/00577567 (далее – Лицензия), предоставленной министерством здравоохранения Самарской области (г. Самара, ул. Ленинская, д. 73, тел.: 332-94-44) бессрочно, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице исполняющего обязанности заместителя главного врача по экономическим вопросам Ахмедовой Д.К., действующей на основании приказа № 874 от 17.08.2020г (в ред.

приказа № 1561 от 02.12.2024), с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., адрес места жительства, телефон, паспортные данные Заказчика – физического лица, или наименование, адрес места нахождения, ОГРН, ИНН Заказчика - юридического лица*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*с указанием Ф.И.О. должностного лица, действующего от имени юридического лица, законного представителя Потребителя)*

в дальнейшем именуемый(-ая, -ое) **«Заказчик»**, с другой стороны, гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О., паспортные данные, адрес места жительства, телефон Потребителя)*

именуемый(-ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель на основании Лицензии согласно перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, по адресу места осуществления деятельности 443095, Самарская область, Кировский район, г. Самара, ул. Ташкентская, 159: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гистологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; косметологии; лабораторной генетике; мануальной терапии; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; пластической хирургии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; радиологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; токсикологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; кардиологии; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; нефрологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; пульмонологии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии детской; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; урологии; хирургии; эндокринологии; При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим; При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; по адресу места осуществления деятельности: 443095, Самарская область, Кировский район, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159 (центр экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии): При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: диетологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; хирургии; эндокринологии; При обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: заготовке, хранению донорской крови и (или) ее компонентов; по адресу места осуществления деятельности: 445020, Самарская область, Центральный район, г. Тольятти, ул. Баныкина, д. 8: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных в установленном законом порядке, оказывает Заказчику/Потребителю следующие платные амбулаторно-поликлинические медицинские услуги (далее по тексту «медицинские услуги») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(указать наименование медицинской услуги, код услуги по прейскуранту, стоимость услуги)*

🞎 в полном объеме стандарта медицинской помощи (при наличии);

🞎 в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств из объема, предусмотренного стандартом, по просьбе Заказчика/Потребителя;

🞎 в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по просьбе Заказчика/Потребителя;

*(нужное отметить значком V)*

а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить предоставленные медицинские услуги в сроки и в порядке, установленные настоящим договором.

**2. УСЛОВИЯ и ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

2.1. Заказчик/Потребитель при заключении договора в доступной форме проинформирован о 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 Самарской области.

2.2. Заказчик/Потребитель информирован, что согласно пунктам 1, 4 части 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами; при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

2.3. Заказчику/Потребителю разъяснено, что медицинские услуги, предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области, могут быть оказаны гражданину за плату по его добровольному желанию (просьбе) с его письменного согласия, указанного в заявлении, которое является неотъемлемой частью договора.

2.4. Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю медицинские услуги, заказанные им по своей личной инициативе, в случае отсутствия у Заказчика/Потребителя противопоказаний к данным медицинским услугам.

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (его законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Заказчика/Потребителя о том, что несоблюдение Потребителем указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.7. Заказчик/Потребитель уведомлен о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин, находящийся на лечении обязан соблюдать режим лечения, в том числе, определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

2.8. До сведения Заказчика/Потребителя в соответствии со статьями 8-10 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» доведена информация о виде деятельности Исполнителя; номере лицензии, сроке ее действия и органе, выдавшем лицензию; об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах, в том числе о режиме и графике работы, о правилах предоставления платных медицинских услуг, о перечне оказываемых платных медицинских услуг, о ценах на медицинские услуги; о медицинских работниках Исполнителя путем размещения на официальном сайте Исполнителя и информационных стендах в наглядной и доступной форме\*\*.

2.9. Информация о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, доводится до сведения Заказчика/Потребителя путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Минздрава России, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах.

2.10. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить согласно режиму работы Исполнителя своевременное оказание и соответствие предоставляемых Заказчику/Потребителю медицинских услуг требованиям, предъявляемым к качеству, методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также оформлению и ведению установленной медицинской документации, порядку и срокам ее предоставления Заказчику/Потребителю.

3.1.2. Обеспечить Заказчика/Потребителя (его законного представителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя:

- сведения о месте государственной регистрации Исполнителя, об осуществляемых видах медицинской деятельности, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях и порядках предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

- сведения о состоянии здоровья Заказчика/Потребителя, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, применяемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.3. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Заказчика/Потребителя; без согласия Заказчика/Потребителя, оформленного в письменной форме, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.4. Обеспечить соблюдение врачебной тайны в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.5. В случае отказа Заказчика/Потребителя от какого-либо медицинского вмешательства или предъявления требования о его прекращении в ходе оказания медицинской услуги разъяснить в доступной для него форме возможные последствия такого отказа и сделать об этом запись в медицинской документации с подписью Заказчика/Потребителя (его законного представителя) и врача.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Перенести выполнение услуги на более поздний срок в случае нарушения Заказчиком/Потребителем лечебно-охранительного режима лечения и не исполнения всех рекомендаций лечащего врача;

3.2.2. Самостоятельно определять время проведения консультаций и иных лечебно диагностических мероприятий, отсрочить или отменить лечебно-диагностическое мероприятие, в том числе в день оказания медицинских услуг, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний к его проведению, по причине занятости специалиста оказанием аналогичных медицинских услуг другим Потребителям, ввиду болезни специалиста, а также в случае аварий, отключения систем электричества, отопления, водоснабжения, сбоев в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.

3.2.3. В случае непредвиденного отсутствия врача-специалиста в день приема назначить другого врача-специалиста соответствующего профиля.

3.2.4. В случае возникновения необходимости оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной форме, самостоятельно по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, иных медицинских вмешательств необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, не предусмотренных договором, бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области.

3.2.5. Отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги:

- при выявлении у Потребителя абсолютных противопоказаний к ее выполнению;

- в случае неоплаты медицинской услуги.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ**

4.1. Заказчик/Потребитель вправе:

4.1.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, о стоимости оказанной услуги.

4.1.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения и качеству услуг Заказчик/Потребитель вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; уменьшения стоимости предоставленной услуги, расторгнуть настоящий договор.

4.1.3. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму в течение 7 рабочих дней со дня обращения к Исполнителю с заявлением о возврате денежных средств, при этом Заказчик/Потребитель обязан возместить Исполнителю фактически понесенные затраты, связанные с исполнением последним обязательств по договору.

4.2. Заказчик/Потребитель обязан:

4.2.1. При заключении договора и оформлении медицинской документации предъявлять документ, удостоверяющий личность, а в случае изменения паспортных данных в период действия договора, информировать Исполнителя об этих изменениях.

4.2.2. Своевременно оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке, установленном в п. 5 договора.

4.2.3. Предоставить Исполнителю полную достоверную информацию о состоянии своего здоровья (наличие хронических заболеваний, прием лекарственных препаратов, аллергические реакции) как на момент обращения за медицинской услугой, так и в процессе ее оказания и несет ответственность за сокрытие или искажение данной информации.

4.2.4. Выполнять требования медицинских работников и следовать данным в ходе оказания медицинской услуги рекомендациям.

4.2.5. Явиться на прием в назначенное для оказания медицинской услуги время, а при невозможности явки заблаговременно (не менее чем за один рабочий день до даты приема, назначенной ранее) сообщить об этом Исполнителю по телефону регистратуры, указанному в договоре.

**5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

5.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем и действующим на момент заключения настоящего договора. Действующий Прейскурант на медицинские услуги размещен на официальном сайте <https://www.sokb.ru/> и информационном стенде Исполнителя.

5.2. Расчеты за медицинские услуги производятся Заказчиком/Потребителем **в порядке 100% предварительной оплаты до получения услуг, либо авансовым платежом в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до получения услуг, оставшаяся сумма вносится по факту оказания услуг, либо по факту получения услуг**, но не позднее дня окончания оказания соответствующей медицинской услуги по настоящему договору, путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными денежными средствами через кассу Исполнителя или путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Документом, подтверждающим расчет, служит контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности с указанием номера договора\*\*\*.

**6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. В случае отказа Заказчика/Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика/Потребителя о расторжении договора по его инициативе, при этом Заказчик/Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. За нарушение принятых по договору обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Потребителем за: неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора; несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда жизни и здоровью Потребителя.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, либо по вине Заказчика/Потребителя. Риск возможных осложнений, вызванных оказанием медицинской услуги по независящим от Исполнителя причинам, лежит на Потребителе в случаях: прогрессирования патологического процесса, побочной реакции организма.

7.4. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются путем переговоров или в судебном порядке.

**8.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

8.1. Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения сторонами возложенных на них обязательств.

8.2.Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Если Заказчик и Потребитель являются одним лицом или Заказчик является законным представителем Потребителя, договор составляется в двух экземплярах.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору совершаются в письменной форме путем принятия дополнительных соглашений к нему, подписанных сторонами.

8.4. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора и дополнительных соглашений к нему Исполнитель вправе использовать аналог собственноручной подписи лица, уполномоченного на подписание настоящего договора и дополнительных соглашений к нему в виде факсимильного воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования, что не противоречит положениям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»****Государственное бюджетное учреждение здравоохранения****«Самарская областная клиническая больница** **им. В.Д. Середавина»**443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159, ИНН 6312023131E-mail: 06002@mail.miac.samregion.ru, телефон: 956-13-05\*\*\*\***Исполняющий обязанности заместителя главного врача** **по экономическим вопросам** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.К. Ахмедова** | **«ЗАКАЗЧИК»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**  (должность) (подпись) (Ф.И.О.) | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** (подпись) (Ф.И.О.) |

956-12-15 – регистратура поликлиники, 959-27-88 – регистратура педиатрического корпуса, 933-84-66 – регистратура акушерского корпуса

\*Срок хранения договора на оказание платных медицинских услуг определен пунктом 13 раздела 1 Перечня документов, образующихся в деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации и подведомственных ему организаций, с указанием сроков хранения. утвержденного приказом Минздрава России от 03.08.2023 № 408

\*\*Адреса и телефоны Минздрава Самарской области, Территориального управления Росздравнадзора по Самарской области, Территориального управления Роспотребназора по Самарской области, Территориального фонда ОМС по Самарской области размещены на официальном сайте Исполнителя.

\*\*\*По обращению Заказчика/Потребителя выдаются: копия договора, справка об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача (в случае если он является лечащим врачом и обладает правом назначения лекарственных препаратов и оформления рецептурных бланков согласно приказу Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н), печатью медицинской организации с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, ИНН налогоплательщика»

\*\*\*\*Почтовый адрес, адрес электронной почты и телефон, указанные в разделе 8 договора, могут использоваться для направления обращений граждан

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»С.Ю. Пушкинуот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,зарегистрированного(й) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающего(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,телефон контакта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

(является неотъемлемой частью договора на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_)

Настоящим я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

подтверждаю, что при заключении договора на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг в доступной форме проинформирован(а) Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области и прошу предоставить мне (представляемому мной лицу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать фамилию, имя, отчество Потребителя или представляемого лица, в пользу которого заключается договор на оказание платных медицинских услуг)*

следующие медицинские услуги, входящие в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать наименование медицинской услуги, код услуги по прейскуранту, стоимость услуги)*

за плату по договору на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг.

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

 *(дата) (подпись) (И.О.Фамилия потребителя)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина»С.Ю. Пушкинуот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,зарегистрированного(й) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающего(ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,телефон контакта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

(является неотъемлемой частью договора на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_)

Настоящим я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество)*

подтверждаю, что при заключении договора на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг в доступной форме проинформирован(а) Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области и прошу предоставить мне (представляемому мной лицу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать фамилию, имя, отчество Потребителя или представляемого лица, в пользу которого заключается договор на оказание платных медицинских услуг)*

следующие медицинские услуги, входящие в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать наименование медицинской услуги, код услуги по прейскуранту, стоимость услуги)*

за плату по договору на оказание платных амбулаторно-поликлинических медицинских услуг.

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

 *(дата) (подпись) (И.О.Фамилия потребителя)*