|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | УТВЕРЖДЕНприказом ГБУЗ «СОКБ им. В.Д. Середавина» от 01.09.2023 № 1187 |

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг по индивидуальному ведению родов**\*

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, выданной Министерством здравоохранения Самарской области (г. Самара, ул. Ленинская, д. 73, тел.: 332-94-44) бессрочно, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Горяйновой Н.А., действующей на основании доверенности от 01.08.2022 г. № 6907, с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

гражданка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., паспортные данные)*

именуемая в дальнейшем **«Потребитель»**, зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 с третьей стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор (далее – договор) о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель на основании лицензии в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: по адресу места осуществления деятельности: 443095, Самарская область, Кировский район, г. Самара, ул. Ташкентская, 159: При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; 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; вакцинации (проведению профилактических прививок); гастроэнтерологии; гематологии; генетике; детской урологии-андрологии; детской хирургии; диетологии; забору гемопоэтических стволовых клеток; изъятию и хранению органов и (или) тканей человека для трансплантации; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской микробиологии; медицинской реабилитации; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; нефрологии; общей практике; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; патологической анатомии; педиатрии; пластической хирургии; пульмонологии; радиологии; радиотерапии; реаниматологии; ревматологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии хирургической; сурдологии-оториноларингологии; терапии; токсикологии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; транспортировке органов и (или) тканей человека для трансплантации; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; хранению гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; детской урологии-андрологии; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); оториноларингологии (кохлеарной имплантации); офтальмологии; педиатрии; ревматологии; сердечно-сосудистой хирургии; торакальной хирургии; травматологии и ортопедии; трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток; урологии; хирургии; хирургии (трансплантации органов и (или) тканей); челюстно-лицевой 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; по адресу места осуществления деятельности: 443095, Самарская область, Кировский район, г. Самара, ул. Ташкентская, 159 (Областной перинатальный центр): При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); неонатологии; по адресу места осуществления деятельности: 443095, Самарская область, Кировский район, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159 (центр экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии): При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; хирургии; 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; 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, берет на себя обязательства оказать медицинские услуги в условиях стационара в объеме, сроки, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором (далее – 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 оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Предметом настоящего договора является оказание следующих услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Настоящий договор заключен в связи с самостоятельным обращением Заказчика/Потребителя к Исполнителю за получением медицинских услуг.

1.3. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя по адресу: 443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159.

**2. Условия оказания услуг**

2.1. До заключения настоящего договора Заказчик/Потребитель уведомлен Исполнителем в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, 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 состоянии здоровья Потребителя и (или) новорожденного ребенка (детей).

2.2. При заключении договора Заказчику/Потребителю устно в доступной форме предоставлена информация 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, в том числе о порядке бесплатного получения услуг за счет средств родовых сертификатов; Заказчик/Потребитель ознакомлен с перечнем платных услуг, правилами их предоставления, стоимостью услуг. Подписанием заявления об оказании платных услуг (Приложение № 1) к настоящему договору Заказчик/Потребитель подтверждает, что ему понятна предоставленная информация. Приложение № 1 является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, также обязательным требованиям, установленным федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.4. В случае, если по медицинским показаниям в интересах Заказчика/Потребителя и (или) ее ребенка (детей) при исполнении договора потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не указанных в настоящем договоре, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика/Потребителя. Исполнитель вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе только с письменного согласия Заказчика/Потребителя. Письменное согласие Заказчика/Потребителя на предоставление дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

2.5. Настоящим договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих заболеваний и связанных с ними осложнений: особо опасные инфекции, врожденные пороки и аномалии развития у плода, заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений, онкологические заболевания; также соматические заболевания; психические заболевания, венерические заболевания, неотложные состояния, травмы всех видов, иных заболеваний, при наличии которых в соответствии с нормативными актами и лицензией Исполнителя необходимо направление беременной женщины в профильный стационар другого вида (уровня). В случае, если Заказчик/Потребитель не представил информацию о наличии у него указанных заболеваний, что выявилось Исполнителем в процессе оказания услуг, договор прекращается с оплатой Исполнителю расходов, фактически понесенных до момента установления указанных фактов. При этом Заказчику/Потребителю разъясняется установленный порядок получения медицинской помощи при выявленных заболеваниях. Перевод беременной женщины в другой стационар после расторжения договора, осуществляется в порядке, установленном нормативными актами.

2.6. Оказание услуг по настоящему договору осуществляется только при условии предоставления Заказчиком/Потребителем письменного информированного согласия на медицинское вмешательство, которое оформляется в порядке, установленном законодательством и храниться в медицинской документации.

2.7. По окончании действия договора Сторонами составляется Акт об оказанных услугах.

2.8. Оказание медицинских услуг по индивидуальному ведению родов осуществляется Исполнителем при сроке беременности у Потребителя не менее 37 недель, а при многоплодной беременности в 34 недели.

2.9. 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.

2.10. 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\*\*.

2.11. 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.

2.12. 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.

1. **Обязательства сторон**

**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 к оформлению и ведению установленной медицинской документации, порядку и срокам ее предоставления Заказчику/Потребителю.

3.1.2. Предоставить Заказчику/Потребителю доступную и достоверную информацию, включающую 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. Предоставить Заказчику/Потребителю информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющим соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.1.4. Оказать медицинские услуги без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных услуг, не предусмотренных договором, по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя и (или) ее ребенка (детей) в процессе родов при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, в объеме лицензии Исполнителя, обеспечить перевод Потребителя и (или) ее ребенка (детей) в профильный стационар в установленном порядке в случае невозможности оказания Исполнителем необходимой медицинской помощи в соответствии с законодательством и лицензией.

3.1.5. Обеспечить соблюдение прав Заказчика/Потребителя, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

3.1.6. Предоставить Потребителю выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья его и ребенка (детей) после получения медицинских услуг, выполненных по настоящему договору (копии данных документов предоставляются дополнительно по письменному заявлению Потребителя).

3.1.7. Сохранить конфиденциальность информации, полученной от Заказчика/Потребителя и иных сведений о здоровье Заказчика/Потребителя и ее ребенка (детей), составляющих врачебную тайну. Сведения о Заказчике/Потребителе и ее ребенке (детях) составляющие врачебную тайну могут быть переданы Исполнителем только лицам, указанным в соответствующем письменном заявлении (доверенности) Заказчика/Потребителя, подписанным им в присутствии ответственных работников Исполнителя либо заверенном нотариально.

3.1.8. 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.

3.1.9. В случае отказа 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 или прекращения и сделать об этом запись в медицинской документации с подписью Потребителя и врача.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Самостоятельно определять время проведения лечебно диагностических мероприятий.

3.2.2. Отказать Потребителю в предоставлении медицинской услуги:

- в случае неоплаты медицинской услуги.

3.2.3. Поставить в известность Заказчика/Потребителя о возникших обстоятельствах, которые могут привести к невозможности выполнения по объективным причинам требований стандартов, клинических рекомендаций сокращению вида, объема и изменению срока оказываемых услуг.

3.2.4. При наличии соответствующих медицинских показаний с письменного согласия Заказчика/Потребителя оказать дополнительные услуги с повышением общей стоимости услуг по настоящему договору.

3.2.5. Перевести Заказчика/Потребителя в установленном порядке в другой специализированный стационар при выявлении у Заказчика/Потребителя состояний, не входящих в компетенцию Исполнителя, в том числе в случаях, предусмотренных п.2.5. настоящего договора.

3.2.6. Требовать соблюдения и выполнения Потребителем соответствующих указаний (рекомендаций, назначений) медицинских работников Исполнителя, оказывающих услуги Потребителю.

3.2.7. С обязательным уведомлением Заказчика/Потребителя осуществить замену конкретного медицинского работника, предоставляющего соответствующую платную медицинскую услугу.

3.2.8. В случае расторжения договора по инициативе Заказчика/Потребителя (отказ Заказчика/Потребителя от получения услуг после заключения договора) потребовать от него оплаты фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

**3.3. Заказчик/Потребитель обязуется:**

3.3.1. 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.

3.3.2. Оплатить стоимость оказанной медицинской услуги по ценам, установленным прейскурантом Исполнителя, в установленные настоящим договором сроки. В случае оказания дополнительных услуг с письменного согласия Заказчика/Потребителя, оплатить стоимость дополнительных услуг, в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

3.3.3. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений о своем состоянии и состоянии своего ребенка (детей) в процессе оказания услуг.

3.3.4. Предоставить Исполнителю необходимую информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об использовании вспомогательных репродуктивных технологий, об имеющейся патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, передающихся половым путем и иных, наличии вредных привычек и профессиональных вредных факторах, аллергических реакциях и иную необходимую информацию, в том числе предоставить по требованию Исполнителя документы обследований, проведенных в период беременности в предшествующие периоды Исполнителем и сторонними организациями.

3.3.5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) Исполнителя Заказчик/Потребитель обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Исполнителя соответствующей отметкой в медицинской карте или ином документе, содержащем указания (назначения). Отсутствие данной отметки при невыполнении Заказчиком/Потребителем указаний (назначений) признается нарушением договора со стороны Заказчика/Потребителя, при котором Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке с оплатой Заказчиком/Потребителем фактически понесенных расходов Исполнителя.

**3.4. Заказчик/Потребитель имеет право:**

3.4.1. Требовать предоставления медицинских услуг надлежащего качества, а также информации, предусмотренной настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

3.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.4.3. Получить у Исполнителя выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Потребителя и ребенка (детей) после получения медицинских услуг, выполненных по настоящему договору, по письменному заявлению – дополнительно копии данных медицинских документов.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным Исполнителем и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.\_\_\_\_\_\_\_коп.

4.2. 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.

Расчеты за медицинские услуги производятся Заказчиком 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 либо 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\*\*\*.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. На правоотношения сторон распространяется законодательство о защите прав потребителей, за нарушение которого, стороны несут ответственность установленную законодательством.

5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем на основании решения суда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Заказчик/Потребитель, причинивший в период действия договора ущерб, выразившийся в повреждении или уничтожении имущества Исполнителя, несет материальную ответственность в соответствии с действующим гражданским законодательством.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Заказчиком/Потребителем рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Споры, возникшие между сторонами, решаются путем переговоров или в судебном порядке

**6. Изменение и прекращение договора**

6.1. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть прекращен по истечении срока действия или досрочно. При прекращении действия договора взаимные финансовые обязательства действуют до полного завершения взаиморасчетов.

6.3. Досрочное прекращение договора возможно по соглашению Сторон, а также в одностороннем порядке в случаях, предусмотренных законодательством РФ и договором.

**7.** **Заключительные положения**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного выполнения обязательств, принятых на себя Сторонами.

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

7.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на настоящем договоре, на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, заключения или прекращения.

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

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

1. **Адреса и реквизиты сторон**

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

965-12-15, 959-27-88 единый колл-центр

\*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.

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

*Приложение № 1 к договору №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*об оказании платных медицинских услуг*

*по индивидуальному ведению родов*

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на получение платных медицинских услуг

по индивидуальному ведению родов

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

добровольно, на основании личного желания самостоятельно обратилась в ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина» (далее – учреждение) с целью получения медицинских услуг за плату в рамках договора об оказании платных медицинских услуг по индивидуальному ведению родов. Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в учреждении, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готова их оплатить.
2. Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, учреждение не несет ответственности за их возникновение.
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения.
5. Я ознакомлена с действующим прейскурантом цен Исполнителя и согласна оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом и я даю свое согласие на их оплату.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг по индивидуальному ведению родов мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

 Настоящее информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по индивидуальному ведению родов подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услу по индивидуальному ведению родовг.

 ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации (проживания) :

Телефон контакта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ

к договору об оказании платных медицинских услуг

по индивидуальному ведению родов №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г

г. Самара «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Заказчик - по договору),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Потребитель - по договору), и государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина» (Исполнитель - по договору), в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Горяйновой Н.А., действующей на основании доверенности от 01.08.2022 г. № 6907, вместе именуемые Стороны, настоящим Актом подтверждают:

1. Медицинские услуги, предусмотренные договором с учетом дополнительных соглашений (при наличии) оказаны Исполнителем Заказчику/Потребителю полностью и в срок, претензий к качеству оказанных услуг Заказчик/Потребитель не имеет.
2. Заказчику/Потребителю выданы медицинские документы (выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья его и ребенка (детей) после получения медицинских услуг, выполненных по настоящему договору.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»****Государственное бюджетное учреждение здравоохранения****«Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина»**443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159, ИНН 6312023131**Заместитель главного врача по экономическим воппосам** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.А. Горяйнова** | **«ЗАКАЗЧИК»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (должность) (подпись) (Ф.И.О.) | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ»****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (подпись) (Ф.И.О.) |