**УВЕДОМЛЕНИЕ**

(в соответствии с п.24. «Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736)

Я, гражданин(ка) **ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг.

**Подпись Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись Законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

**(с физическим лицом)**

г. Хабаровск (дата)

**Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница №9» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБУЗ ДГКБ № 9)**, зарегистрированное инспекцией Федеральной налоговой службы России по индустриальному району г. Хабаровска 13.11.2002 за основным государственным регистрационным номером 1022701193459 в Едином государственном реестре юридических лиц, расположенное по адресу: 680003, г. Хабаровск, ул. Союзная, д.80, в лице главного врача Сутугина Евгения Александровича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-27-01-002730 от 13.03.2019г. бессрочно на осуществление медицинской деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в стационарных условиях, лабораторной, ультразвуковой и функциональной диагностике, рентгенологии, эндоскопии, физиотерапии, выданной министерством здравоохранения Хабаровского края (680000, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35, тел. (4212) 402000 доб.2772), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной стороны и гражданин, именуемый в дальнейшем

**«Потребитель»**

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/число/год) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги),

заключили настоящий договор о следующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1. От лица Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 специалист, оказывающий платные услуги (Ф.И.О., профессиональное образование, квалификация)

принимает на себя обязательства на оказание медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с действующим на момент заключения договора Перечнем медицинских и иных услуг в КГБУЗ ДГКБ № 9.

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения Исполнителя в день обращения Потребителя.

1.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

**2. ОБЪЕМ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ ДОГОВОРА**

 2.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

Код услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок исполнения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цена по прейскуранту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма к оплате в руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Стоимость договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. Стоимость услуг определяется утвержденным Перечнем (Прейскурантом), действующим на момент заключения договора. Действующий прейскурант на медицинские услуги размещен на сайте dgkb9-khv.ru и на информационных стендах Исполнителя.

2.4. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях стационара и поликлиники, согласно режиму работы.

2.5. Результат оказания услуги Потребитель получает по месту оказания услуг в течение \_\_\_\_ рабочих дней.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Потребитель 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.

3.2. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору, и Потребитель производит дополнительную оплату.

3.3. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг Исполнитель по требованию Потребителя возвращает соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг в указанные Потребителем сроки.

3.4. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности)

**4. ПРАВА II ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Потребитель обязан:

* оплатить стоимость предоставляемой услуги в размере и порядке установленном настоящем договором;
* до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу полную информацию и предоставить при наличии документы (копии документов, данные предварительных исследований и консультации специалистов проведенных вне учреждения Исполнителя (при их наличии) о состоянии своего здоровья, наличии других заболеваний, противопоказаний, к применению каких-либо лекарств или процедур и аллергических реакций на препараты, также другую информацию, влияющую на ход лечения заболевания;

 - ознакомиться с условиями договора и правилами оказания платных медицинских услуг и исполнять их;

* выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги;
* соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;
* выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

 Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения цели обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

4.2 Исполнитель обязан:

4.2.1.Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего договора.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

* состояние алкогольного опьянения, наркотического или токсического опьянения;
* действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала Исполнителя.

4.3.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования, оказания услуг, в том числе предусмотренных договором.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

5.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

5.3.. В случае отказа Потребителя (после заключения договора) от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и Хабаровского края, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой Потребитель вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

6.3. Потребитель при обнаружении недостатков оказанной услуги вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; безвозмездного исполнения данных услуг повторно; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами; возмещения убытков, понесенных в связи ненадлежащим исполнением условий договора; отказаться от исполнения договора, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отступления от условий договора. Цена оказанной услуги, возвращаемая Потребителю при отказе от исполнения договора об оказании услуги, а также учитываемая при уменьшении цены оказанной услуги, определяется в соответствии с пунктами 3, 4 и 5 статьи 24 Закона «О защите прав потребителей».

6.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе предъявить другой стороне претензию устно или письменно.

Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в сроки, установленные законодательством.

6.5. Исполнитель не несет ответственность за ненадлежащее оказание медицинских услуг, осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие в следствие:

а) биологических особенностей организма Потребителя, вероятность наступления которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить;

б) невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем принятых на себя обязательств, а также прекращение лечения по собственной инициативе до его завершения.

1. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель не вправе без письменного согласия Заказчика сообщать третьим лицам информацию, связанную или полученную в связи с выполнением настоящего Договора, и использовать ее для каких-либо целей, кроме в целях исполнения настоящего Договора, в том числе после прекращения настоящего Договора (далее – конфиденциальная информация).

7.2. Исполнитель не вправе передавать оригиналы или копии документов, полученные от Заказчика, третьим лицам без предварительного письменного согласия Заказчика.

7.3. Исполнитель обязуется обеспечить, чтобы его работники и другие привлекаемые к оказанию услуг третьи лица также не нарушали требования конфиденциальности.

7.4. Исполнитель имеет право раскрывать конфиденциальную информацию государственным органам, уполномоченным запрашивать такую информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации, на основании должным образом оформленного запроса на предоставление такой информации. При этом Исполнитель обязан незамедлительно уведомить Заказчика о поступившем запросе и предпринять все необходимые и допустимые законом действия для предотвращения раскрытия конфиденциальной информации.

 **8. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА**

8.1 При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц, с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или для достижения иных неправомерных целей.

8.2.При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства международных актов о противодействии коррупции.

8.3. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела другой Стороной, ее аффилированными лицами, работниками или посредниками.

8.4. Каналы уведомления Исполнителя о нарушениях каких-либо положений пункта 1 настоящего раздела: e-mail: info@dgkb9-khv.ru

8.5. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений пункта 1 настоящего раздела с соблюдением принципов конфиденциальности применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

8.6. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений пункта 1 настоящего раздела и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления нарушении в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, другая Сторона имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем внесудебном порядке путем направления уведомления не позднее, чем за 30 календарных дней до даты прекращения действия настоящего Договора.

**9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя.

В случае, если Договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).

Все экземпляры Договора имеют одинаковую юридическую силу.

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

9.2. Ни одна из Сторон не имеет право передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам без письменного согласия другой Стороны.

9.3. Претензии и споры, возникшие между Потребителем и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

9.4. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ и ХК, Федеральным законом от 07.02.1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель (законный представитель/заказчик)** |
| Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9» министерства здравоохранения Хабаровского края (ГБУЗ ДГКБ № 9)Юр.адрес:680003 г. Хабаровск, ул.Союзная, 80ИНН 2723001120 КПП 272301001 ОГРН 1022701193459 Р/с 03224643080000002200ОТДЕЛЕНИЕ ХАБАРОВСК БАНКА РОССИИ//УФК по Хабаровскому краю г.ХабаровскБИК 010813050МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ (КГБУЗ ДГКБ № 9 л/с 20226Щ16150) Тел.8(4212)53-77-76Действующий на основании доверенности(должность, Ф.И.О., подпись) М.П.  | Ф.И.О. АдресТелефон **ИЛИ для организаций** Наименование: Юридический адрес:  ОГРН  ИНН  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение №1

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.**

Я, **ФИО**

зарегистрированный по адресу:

г. рождения

* рамках Договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в КГБУЗ ДГКБ № 9 , расположенное по адресу: РФ, Хабаровский край, г.Хабаровск, ул.Союзная, д.80, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.

3. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.

4.Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н.

* + доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

 Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных п.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Мне разъяснено, что согласно с п.п.5 п.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья мне, моим законным представителям.

5. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).

(ФИО гражданина) (подпись)

(ФИО законного представителя гражданина) (подпись)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  (подпись) | (ФИО медицинского работника) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 г. |  |
|  |

Приложение №2

**АКТ**

**оказания платных медицинских услуг**

 г. Хабаровск \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9» министерства здравоохранения Хабаровского края, в лице главного врача Сутугина Евгения Александровича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-27-01-002730 от 13.03.2019г. на осуществление медицинской деятельности, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) **ФИО** , именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора № от об оказании платных медицинских услуг Исполнителем оказаны услуги в следующем объеме:

Код услуги:

 Наименование услуги:

 Количество:

 Срок исполнения:

 Цена по Прейскуранту:

 Сумма к оплате в рублях:

1. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № от оказаны в полном объеме.
2. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.
3. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору об оказании платных медицинских услуг № от составила

**Исполнитель Потребитель (законный представитель/заказчик)**

**КГБУЗ ДГКБ № 9**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_