**ДОГОВОР**

**о предоставлении платных услуг**

(Дополнительные санитарно-гигиенические услуги, дополнительные социально-бытовые услуги, лечебно-оздоровительные мероприятия, организация досуга)

п.Матросы «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканская психиатрическая больница», (сокращенное наименование ГБУЗ «РПБ»), на основании Лицензии от 01.03.2019 г. №ЛО-10-01-001250на осуществление медицинской деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медико-социальной помощи, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической фармакологии, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психотерапии, сексологии, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: психиатрии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских освидетельствований: психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: судебно-психиатрической экспертизе: однородной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, комплексной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, выданной Министерством здравоохранения Республики Карелия, и Листа записи Единого государственного реестра юридических лиц от 01 февраля 2019 года, выданного инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Петрозаводску,находящееся по адресу: Республика Карелия, Пряжинский район, п. Матросы, ул. Больничный городок, д.4, в лице главного врача Глатенок Ирины Владимировны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (ка) РФ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя и отчество)

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

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

(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, дата рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения; адрес регистрации; паспортные данные; полис ОМС№)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», заключили настоящий договоро нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего договора является предоставление сверхнормативных платных услуг на основании «Положения о порядке оказания платных медицинских и немедицинских услуг населению в ГБУЗ «РПБ».

1.2. В соответствии с настоящим договором Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту сверхнормативные платные услуги:

**1. Дополнительные санитарно-гигиенические услуги;**

**2. Дополнительные социально-бытовые услуги.**

**3. Лечебно-оздоровительные мероприятия, организация досуга;**

**с «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_г.** Зав. Отделением\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. В стоимость услуги не входят медикаменты и предметы ухода, назначенные по поводу сопутствующих (не психиатрических) заболеваний.

1.4. Пациент ознакомлен со спецификой услуги, способом ее оказания и поставлен в известность о риске вмешательства, возможных осложнениях во время и после предоставления услуги.

**2.1. Пациент (Заказчик) обязуется:**

2.1.1. оплатить услугу в размере и порядке, указанным в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;

2.1.3. заботиться о своем здоровье, не принимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан, соблюдать права других пациентов и персонала учреждения, бережно относиться к имуществу учреждения;

2.1.4. соблюдать правила внутреннего распорядка ГБУЗ РК «РПБ»;

2.1.5. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.6. сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.7. отказаться на все время пребывания в ГБУЗ РК «РПБ» от употребления наркотиков и лекарств их содержих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

 2.1.8. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых фармацевтических препаратов, биологически активных добавок, лекарственных трав, мазей, и т.д.;

 2.1.9. не предъявлять требований по обеспечению сервисных условий (отдельная палата, отдельное питание и т.д.), если это не входит в стоимость предоставленных услуг и не оговорено заранее.

**2.2. Пациент (Заказчик) имеет право:**

2.2.1. получать бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его работников, получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме сведения о состоянии своего здоровья, данные промежуточных обследований, результаты анализов и т.д.;

2.2.2. давать добровольное согласие на медицинское вмешательство (в письменной форме);

2.2.3. отказываться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.2.4. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.2.5. в любое время (письменно уведомив Исполнителя) в одностороннем порядке отказаться от получения услуги и получить возврат суммы, уплаченной за оказанные услуги за вычетом затрат Исполнителя, связанных с подготовкой оказания услуги (в соответствии со ст.32 Закона РФ «О защите прав потребителей);

2.2.6. Получить возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги по вине Исполнителя.

 **2.3. Исполнитель обязуется:**

 2.3.1. оказать услугу качественно, в соответствии с предусмотренными технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

 2.3.2. выдать Заказчику документ, подтверждающий прием наличных денег;

 2.3.3. предоставить Пациенту (Заказчику) бесплатную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

2.3.4. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Пациенту (Заказчику) стоимость не предоставленных услуг;

 2.3.5. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (Заказчика) (врачебную тайну).

 **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. требовать от Пациента (заказчика) соблюдения Правил внутреннего распорядка ГБУЗ РК «РПБ» и графика прохождения процедур;

2.4.2. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом (Заказчиком) своих обязательств. При этом Исполнитель не возмещает Пациенту (Заказчику) стоимость не предоставленных услуг;

2.4.3. при изменении объема услуг изменять размер оплаты оказания услуг;

2.4.4. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

**3.Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.**

3.1. Оплата услуг производится Заказчиком на условиях полной предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или на расчетный счет Исполнителя.

3.2. Стоимость услуги определяется в соответствии с Прейскурантом и составляет (в зависимости от степени снижения навыков самообслуживания):

 **\_\_\_\_руб.\*кол-во дн./=\_\_\_\_\_\_(сумма в рублях).**

**Итого\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(сумма цифрами и прописью)**

3.3. Финансовые обязательства считаются исполненными с даты поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

3.4. В случае возврата платежа денежные средства возвращаются на следующий день после окончательного расчета непосредственно плательщику.

3.5. В случае неявки Пациента на исследование или консультацию без предварительного согласования с Исполнителем, стоимость оплаченной услуги не возвращается (простой Исполнителя).

3.6. После оказания услуг Исполнитель выдает Заказчику (законному представителю Заказчика ) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.

**4.Срок действия договора**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и завершаетсяполучением Пациентом (Заказчиком) Услуги (подтверждением получения Услуги являетсязаключение по результатам обследования или выписка из историиболезни).

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту (Заказчику) таким неисполнением.

 5.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента (Заказчика) по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

 5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом (Заказчиком) условий настоящего Договора.

**6. Порядок изменения и расторжения договора.**

6.1.Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством и настоящим договором.

6.2.В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. По истечении 3-х рабочих дней после определенного договором срока оказания услуг Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика.

6.3.В случае если при оказании услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

6.4.Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение признаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме путем подписания сторонами дополнительных соглашений.

**7. Прочие условия**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

7.3. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Заказчик подает ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора «Реквизиты сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Заказчика (Ф.И.О., дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Заказчиком (телефон, адрес электронной почты).

7.3.1. В случае поступления претензии Заказчика Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Заявителя Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в десятидневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Заказчиком в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Заказчиком)

7.4.Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой стороны.

7.4.Все дополнительные соглашения, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые сторонами при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

7.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего договора.

**7. Реквизиты сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Исполнитель** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения РК «Республиканская психиатрическая больница » РК 186131, Пряжинский р-н, п. Матросы, ул. Больничный городок, д. 4Тел:8(81456) 36-167ОГРН 1191001001729ИНН 1021002071 КПП 102101001 л/с 20066Ъ39360ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Карелия г. ПетрозаводскБИК 018602104р/с 03224643860000000600к/с 40102810945370000073КБК 00000000000000000130 ОКПО 35833084 ОКТМО86639435101 Свидетельство, выданное федеральной налоговой службой 01.02.2019 года **\_\_\_\_\_\_/\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись Фамилия и инициалыМ.п | **Заказчик/Законный представитель**Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации по месту жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес эл. почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_/\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Подпись Фамилия и инициалы |

« \_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

«Согласовано»

Зав. отделением № \_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_