

Некоммерческое партнерство Санаторий «Зори Ставрополя» (сокращенное наименование — Санаторий «Зори Ставрополя»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Касотина Леонтия Алексеевича, действующего на основании Устава, адрес места нахождения: 357500, г. Пятигорск, ул. Дзержинского, д. 57, свидетельство о постановке на учет ЮЛ в налоговом органе по месту нахождения на территории РФ серия 26 № 001992028, выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Пятигорску Ставропольского края, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01197-26/00572292 от 25.02.2015г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения. Ставропольский край, 355012, г. Ставрополь, ул. Голенева, 67"Б" Горячая линия -8(8652) 29-61-46, (перечень работ (услуг), составляющий медицинскую деятельность указан в п. 3.6. договора), с одной стороны и гражданином

зарегистрированный(ая) по адресу: _____, телефон _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», имеющий намерение заказать платные медицинские услуги в пользу _____, зарегистрированного(ой) по адресу: _____, телефон _____, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Количество	Цена	Стоимость	Исполнитель	Начало-окончание оказания мед.услуг
-------	---------------------	------------	------	-----------	-------------	-------------------------------------

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), предоставленного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг возникнет необходимость предоставления дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика и Потребителя. Стоимость этих услуг согласовывается Исполнителем с Заказчиком и Потребителем дополнительно в письменном виде и является дополнением к договору. Без согласия Заказчика и Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

1.4. В случае если при предоставлении платных услуг возникнет необходимость предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», при этом Исполнитель самостоятельно определяет объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

1.5. Платные медицинские услуги должны быть оказаны в сроки указанные в п. 1.1. настоящего Договора.

1.6. По согласованию сторон срок оказания медицинских услуг может быть изменен.

1.7. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуги(и) устанавливается действующим на момент обращения прейскурантом цен (тарифов) и составляет _____ (_____) рублей.

2.2. Оплата Услуги(и) осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги(и) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя с применением контрольно-кассовой машины и получением кассового чека или по безналичному расчету, также оплата может производиться частями но не позднее дня оказания услуги.

2.3. Оплата услуг осуществляется Заказчиком или Потребителем после беседы с врачом-специалистом.

2.4. В случае отказа Заказчика после заключения настоящего договора от получения платных медицинских услуг, он уплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Санатория «Зори Ставрополя» по адресу: 357500, г. Пятигорск, ул. Дзержинского, д. 57

3.2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. До заключения настоящего договора Заказчику и Потребителю предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.3. До заключения настоящего договора Заказчику и Потребителю 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 (приложение №1 к настоящему договору).

3.4. До заключения настоящего договора Заказчик и Потребитель ознакомлены с информацией об Исполнителе, о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать Исполнитель, а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы Исполнителя, о контролирурующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей.

3.5. До заключения настоящего договора Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, 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.

3.6. Исполнитель осуществляет следующие виды работ (услуг) в соответствии с лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи:

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии

3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психотерапии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии.

2. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи:

1) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), диетологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью;

3. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гериатрии, дерматовенерологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностики, лечебной физкультуре, мануальной терапии, медицинской реабилитации, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии;

4. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз:

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым)

2) при проведении медицинских экспертиз по: временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно и в полном объеме оказывать медицинские услуги в соответствии порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

4.1.2. По требованию Заказчика или Потребителя:

4.1.2.1. предоставить в доступной форме сведения о стандартах и порядках оказания медицинской помощи, конкретном медицинском работнике, оказывающем услугу, его образовании и квалификации, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

4.1.2.2. предоставить в доступной форме информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, а также о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

4.1.2.3. предоставить для ознакомления копию Устава, копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией;

4.1.2.4. предоставить смету на оказание платных медицинских услуг являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.1.3. Исполнитель обязуется выдать Заказчику или Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.1.4. Исполнитель обязуется выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

4.1.5. Исполнитель обязуется при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

4.1.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну).

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Потребителя соблюдения внутреннего режима лечебного учреждения, графика прохождения процедур, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.3. Потребитель обязуется:

4.3.1. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, а также другие сведения, влияющие на протекание и лечение заболевания.

4.3.2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе соблюдать режим работы учреждения и график приема врачей-специалистов, а также режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другие предписания;

4.3.3. Отказаться на весь период лечения от употребления наркотиков, и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголя содержащих напитков;

4.3.4. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.4.2. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.4.3. Требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.5. Заказчик или Потребитель обязуется оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Соглашение об изменении или расторжении договора совершается в письменной форме.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком или Потребителем условий настоящего Договора, а также по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры по настоящему Договору решаются сторонами путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, по требованию Потребителя, Заказчика или Исполнителя, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств сторонами договора.

8.3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: Некоммерческое партнерство Санаторий «Зори Ставрополя», 357500, г. Пятигорск, ул. Дзержинского, д. 57, ИНН 2632014548, КПП 263201001, БИК 044525411, р/сч. 40703810915590009944, к/сч. 30101810142550000411

Заказчик: _____

Потребитель: _____

Исполнитель: _____

Директор Санатория «Зори Ставрополя» _____ (Л.А. Касютин)
м.п.

Заказчик _____ (_____)

Потребитель _____ (_____)

УВАЖАЕМЫЙ ПОТРЕБИТЕЛЬ! УБЕДИТЕЛЬНО ПРОСИМ ВАС ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ ПОЛУЧИТЬ АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ УСЛУГ!

Я, _____
(ФИО потребителя, полностью)

получила(а) разъяснения о диагнозе и информацию об особенностях течения заболевания, вероятной длительности лечения, о прогнозе заболевания.

Я, _____
(ФИО потребителя, полностью)

согласен (а) не согласен(а) (нужное вписать) с проведением мне обследования, лечения, выполнением всех манипуляций в соответствии с отраслевыми стандартами объемов медицинской помощи, мне даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что необходимо мне делать во время их проведения.

Я извещен (а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, процедуры, режим питания, немедленно сообщать медицинскому персоналу Санатория (врачу, медицинской сестре) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных мне лекарственных препаратов (например, принимаемых для лечения соматической патологии (гипертонии, язвенной болезни желудка, сахарном диабете и т.п.).

Я извещен (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов, процедур, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить лечение или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я извещен (а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получила на них исчерпывающие ответы.

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая меня информация.

В случае отказа от обследования и лечения в Санатории «Зори Ставрополя» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мое согласие является свободным и основано на полученной мною достаточной информации.

Пациент(ка): _____ г.

Подпись Фамилия (полностью), И.О. дата _____ г.

Врач: _____

Подпись Фамилия (полностью), И.О.

Уведомление
об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских и иных услуг

г. Пятигорск

Гражданин(ка) _____
проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) по настоящему соглашению «Потребитель»,

Гражданин (ка) _____
проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) по настоящему соглашению

«Заказчик» ознакомлены **правами и обязанностями пациента**, предусмотренными ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Потребителю и Заказчику, 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.

До заключения договора об оказании платных медицинских и иных услуг мы получили информацию о Санатории «Зори Ставрополя», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать Санаторий «Зори Ставрополя», а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы учреждения, о контролирующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны).

Я, именуемый по настоящему соглашению «Заказчик», получив от работников Санаторий «Зори Ставрополя» полную информацию о возможности и условиях предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое согласие на оказание Потребителю платных медицинских и иных услуг и готов их оплатить.

Нам разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских и иных услуг, так и несколько видов платных медицинских и иных услуг.

Мною, Заказчиком, добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые Потребитель желает получить в Санатории «Зори Ставрополя» и согласен(на) оплатить лечение.

Мы, Заказчик и Потребитель, ознакомлены с положениями настоящего документа путем его прочтения.

Потребитель: _____

Заказчик: _____

Настоящее соглашение подписано Потребителем и Заказчиком на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

Код услуги _____