**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг по инициативе граждан вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.**

|  |  |
| --- | --- |
| Санкт-Петербург | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г. |

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 6», (**далее – Учреждение), в лице главного врача Орловой С.Л., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (законный представитель), именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, далее именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель берет на себя обязательства по оказанию Потребителю платных медицинских услуг, (далее - «Услуги») указанных в пункте 2.2 настоящего договора, а Потребитель обязуется произвести оплату Услуг.
   2. Настоящий договор вступает в силу в момент его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
   3. Условием предоставления Услуг является письменное информированное добровольное согласие Потребителя, выраженное путем заключения и подписания Потребителем настоящего договора.
   4. Заключая и подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ознакомлен с достоверной информацией, касающейся получения им Услуг (ознакомлен с перечнем работ (услуг), перечисленных в Приложениях №№ 1, 2 к Лицензии на осуществление медицинской деятельности, № 78-01-004253 от 28.02.2014, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга а также ознакомлен и согласен с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант); понимает содержащуюся в Прейскуранте информацию, прочитал текст настоящего договора и согласен с его положениями).
   5. Заключая и подписывая настоящий договор, Потребитель также подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского персонала, указанного в п.1.6 настоящего договора, в том числе назначенного режима (методики) лечения, могут снизить качество оказываемых Услуг, повлечь невозможность из завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
   6. Услуги по настоящему договору оказывают:

Врач(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Медицинская сестра (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Медицинский психолог (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Стоимость услуг и порядок расчетов**
   1. Стоимость Услуг, оказываемых Исполнителю, при отсутствии необходимости выполнения дополнительных, не предусмотренных в настоящем договоре Услуг, определяется Прейскурантом, а также Лицензией Учреждения на осуществление медицинской деятельности № 78-01-004253 от 28.02.2014, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, действующими на момент заключения настоящего договора, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
   2. Перечень Услуг оказываемых Исполнителем по настоящему договору в соответствии с Прейскурантом:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование платной медицинской услуги* | *Стоимость* |
| 1. | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра |  |
| 2. | Электроэнцефалография (скрининг-обследование) |  |
| 3. | Психопатологическое обследование (скрининг, углубленное) |  |
|  |  |  |
| **Итого** | |  |

* 1. Оплата Услуг производится Потребителем в размере 100% стоимости указанной в п. 2.1 настоящего договора по безналичному расчету по реквизитам, указанных в разделе 8 настоящего договора в соответствии с распоряжением Комитета финансов Санкт-Петербурга от 04.08.2005 г. № 113-р или по наличному расчету в соответствии с п.1 ст.2 Федерального закона от 22.05.2003 №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт» через кассу учреждения, на основании полученной от Исполнителя квитанции.

1. **Права и обязанности сторон**
   1. **Исполнитель обязан:**
      1. Предоставить информацию об Услугах, по содержанию и в объеме, объективно позволяющим принять осознанное решение о получении Услуг по настоящему договору, в том числе ознакомить Потребителя с правилами оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», о возможности получения сопутствующих видов и объемов медицинских услуг бесплатно.
      2. Выяснить необходимые сведения о состоянии здоровья Потребителя, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, при необходимости запросить медицинскую документацию.
      3. Ознакомить Потребителя с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями.
      4. Вести медицинскую документацию (далее - История болезни) в установленном порядке и обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление по его требованию с Историей болезни, отражающей состояние его здоровья, а также по требованию Потребителя выдать копию Истории болезни.
      5. Выдать квитанцию Потребителю с реквизитами, указанными в разделе 8 настоящего договора и указанием суммы, указанной в п. 2.1 настоящего договора.
      6. Оказать Потребителю Услуги, перечисленные в п. 2.2 настоящего договора, после предъявления Потребителем документа, подтверждающего факт оплаты Услуг.
      7. Гарантировать качество оказания Услуг Потребителю, в соответствие с действующими требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации при условии выполнения Потребителем требований и рекомендаций персонала, указанного в п.1.6 настоящего договора.
   2. **Исполнитель имеет право:**
      1. На свободное формирование цен на Услуги.
      2. Устанавливать время, место и условия оказания Услуги.
      3. Отказать в приеме в случае нарушения Потребителем условий договора, при наличии у Потребителя острого инфекционного заболевания, а также при алкогольном или наркотическом опьянении.
      4. Требовать от Потребителя возмещения вреда в случае причинения им ущерба имуществу Учреждения.
   3. **Потребитель обязан:**
      1. Сообщать Исполнителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья.
      2. Строго соблюдать рекомендации персонала, указанного в п.1.6 настоящего договора.
      3. Неукоснительно соблюдать режим, установленный в Учреждении.
      4. Своевременно производить оплату Услуг, согласно действующего Прейскуранта и в соответствии с условиями настоящего договора.
      5. Ознакомится с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями, и поставить личную подпись в Истории болезни.
      6. Соблюдать права других Потребителей и персонала Учреждения, бережно относится к имуществу Учреждения.
      7. Полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.
   4. **Потребитель имеет право:**
      1. На выбор конкретных исполнителей.
      2. На качественные, своевременные и безопасные для жизни и здоровья Услуги и полную исчерпывающую информацию о них.
      3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных медицинским персоналом при неисполнении или ненадлежащем исполнении условий настоящего договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, а также требовать компенсации морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации или потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанных Услуг или соответствующего уменьшения стоимости оказанных Услуги.
      4. Отказаться от получения Услуг и требовать от Исполнителя возврата уплаченной стоимость Услуг за вычетом затрат, произведенных Исполнителем в связи с подготовкой к оказанию «Услуги».
2. **Ответственность сторон**
   1. Стороны несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых по настоящему договору на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за ненадлежащее качество Услуг, нарушение прав Потребителя, а также в случаях причинения вреда его здоровью и жизни.
   3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых по настоящему договору на себя обязательств, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств; а также по иным основаниям, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
   4. Все претензии по качеству Услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания.
   5. Гарантийный срок на оказываемые «Услуги» не устанавливается.
3. **Конфиденциальность**
   1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя для получения Услугами, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (далее - врачебная тайна).
   2. С согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностных лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.
   3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
   4. Подписывая настоящий договор Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
4. **Сроки оказания услуг**
   1. Услуги оказываются «Исполнителем» в часы оказания платных медицинских услуг Исполнителем.
   2. Сроки предоставления услуг: начало предоставления услуг - не позднее 3-х рабочих дней после оплаты Услуг Потребителем в полном объеме до фактического окончания предоставления предусмотренных методикой лечения в отношении Потребителя медицинских услуг, но не позднее \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.
5. **Прочие условия**
   1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
   2. Все изменения, дополнения и приложения к настоящему договору оформляются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью.
   3. Все споры и разногласия сторон, возникшие в связи с исполнением настоящего договора, разрешаются путем переговоров, а в случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров - в установленном законом порядке.
6. **Стороны договора**

**Исполнитель:**  СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 6»

Адрес: 196653, Санкт-Петербург, Колпино, пр. Ленина, д.1/5 лит.А; тел. тел. (812) 461-5554, (812) 461-5703

ОГРН 1027808751915; ИНН/КПП 7817031464/781701001; ОКВЭД 85.11.1

Дата государственной регистрации: 16.05.1995 (свидетельство о государственной регистрации от 16.05.1995 № 13529 выдано Регистрационной палатой Санкт-Петербурга);

Дата постановки на учет в налоговом органе: 01.04.1998 (МИ ФНС № 20 по Санкт-Петербургу)

Лицензия от 28.02.2014 № 78-01-004253 выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга

Адрес Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга: 191023, Санкт-Петербург, ул.Малая Садовая, д.1; тел. (812) 63-555-63

Реквизиты для оплаты Услуг: Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «ПНД № 6» л/сч 0531023)

р/с 40601810200003000000 в Северо-Западном ГУ Банка России по г.Санкт-Петербургу; БИК 04403001;

в поле «назначение платежа» ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ (130)ПД.

**Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(фамилия, имя, отчество)\_\_\_*

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата выдачи: \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Главный врач**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.Л.Орлова**  **М.П.** | **Потребитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись расшифровка подписи* |