**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг по инициативе граждан вне порядка и условий,**

**установленных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания**

**гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Санкт-Петербурге.**

|  |  |
| --- | --- |
| Санкт-Петербург | \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. |

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 6», (**далее – Учреждение), в лице главного врача Орловой С,Л., действующей на основании Устава, с с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (законный представитель), (далее – Потребитель) с другой 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 на медицинское вмешательство, 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, в т.ч. ознакомлен с видами работ (услуг), перечисленных в Приложениях №№ 1, 2 к Лицензии на осуществление медицинской деятельности № 78-01-004453 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медсестра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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, действующим на момент заключения настоящего договора, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).
	2. Перечень Услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему договору:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  | **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 услуг по безналичному расчету по реквизитам, указанных в разделе 8 настоящего договора или путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения или в отделение банка 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, а также проинформировать о возможности получения сопутствующих видов и объемов медицинских услуг.
		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 стоимости медицинских услуг.
		6. Оказать Потребителю Услуги, перечисленные в п. 2.2 настоящего договора, после предъявления Потребителем документа, подтверждающего факт оплаты Услуг.
		7. Гарантировать надлежащее качество оказания Услуг Потребителю, в т.ч. их в соответствие действующим стандартам оказания медицинской психиатрической помощи 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, наркотическом или ином токсическом 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 медицинских услуг.
		2. На получение качественных и безопасных для жизни и здоровья Услуг, а также полную и 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 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 Услуг.
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 соблюдать установленные законодательством требования о сохранении врачебной тайны в связи с оказанием Потребителю Услуг по настоящему договору. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается исключительно в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
	2. 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 соответствии с установленным режимом работы Исполнителя.
	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:** Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 6» (сокращенное наименование: СПб ГБУЗ «ПНД № 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 постановки на учет в налоговом органе: 01.04.1998 (МИ ФНС № 20 по Санкт-Петербургу)

Лицензия от 28.02.2014 № 78-01-004453 выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга

Реквизиты для оплаты услуг:

Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «ПНД № 6» л/счет 0531023)

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

КБК 00000000000000002130 ОКТМО 40342000 в поле «назначение платежа» ОБЯЗАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ (130) ПД.

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

**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* |