

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

_____ 202_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 6», (далее – Учреждение), в лице главного врача Григорьевой Е.В., действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____ (законный представитель), (далее – Потребитель) с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. 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.
- 1.2. Настоящий договор вступает в силу в момент его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
- 1.3. Условием предоставления Услуг является письменное информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство, выраженное путем заключения и подписания Потребителем настоящего договора.
- 1.4. 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.
- 1.5. 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.
- 1.6. Услуги по настоящему договору оказывают:

Врач _____ Медсестра _____ Медицинский психолог (Ф.И.О.) _____.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов

2.1. Стоимость Услуг, оказываемых Исполнителю, при отсутствии необходимости выполнения дополнительных, не предусмотренных в настоящем договоре Услуг, определяется Прейскурантом, действующим в Учреждении на момент заключения настоящего договора, и составляет _____ (_____).

2.2. 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		

2.3. Оплата Услуг производится Потребителем до начала оказания Услуг 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 отделениях банка по выбору Потребителя на основании полученной от Исполнителя квитанции.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. 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.
- 3.1.2. Выяснить необходимые сведения о состоянии здоровья Потребителя, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, при необходимости запросить медицинскую документацию.
- 3.1.3. Ознакомить Потребителя с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями.
- 3.1.4. 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.
- 3.1.5. Выдать квитанцию Потребителю с реквизитами, указанными в разделе 8 настоящего договора и указанием стоимости медицинских услуг.
- 3.1.6. Оказать Потребителю Услуги, перечисленные в п. 2.2 настоящего договора, после предъявления Потребителем документа, подтверждающего факт оплаты Услуг.
- 3.1.7. 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.

3.2. Исполнитель имеет право:

- 3.2.1. На свободное формирование цен на Услуги.
- 3.2.2. Устанавливать время, место и условия оказания Услуги.
- 3.2.3. 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.
- 3.2.4. Требовать от Потребителя возмещения вреда в случае причинения им ущерба имуществу Учреждения.

3.3. Потребитель обязан:

- 3.3.1. Сообщать Исполнителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья.
- 3.3.2. Строго соблюдать рекомендации персонала, указанного в п.1.6 настоящего договора.
- 3.3.3. Неукоснительно соблюдать режим, установленный в Учреждении.

3.3.4. Своевременно производить оплату Услуг, согласно действующего Прейскуранта и в соответствии с условиями настоящего договора.

3.3.5. Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями, и поставить личную подпись в Истории болезни.

3.3.6. Соблюдать права других Потребителей и персонала Учреждения, бережно относиться к имуществу Учреждения.

3.3.7. Полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На выбор конкретных исполнителей медицинских услуг.

3.4.2. На получение качественных и безопасных для жизни и здоровья Услуг, а также полную и исчерпывающую информацию о них.

3.4.3. 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 Услуг.

3.4.4. Отказаться от получения Услуг и требовать от Исполнителя возврата уплаченной стоимости Услуг за вычетом затрат, произведенных Исполнителем в связи с подготовкой к оказанию Услуг.

4. Ответственность сторон

4.1. 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.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за ненадлежащее качество Услуг, нарушение прав Потребителя, а также в случаях причинения вреда его здоровью и жизни.

4.3. 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.

4.4. Все претензии по качеству Услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания.

4.5. Гарантийный срок на оказываемые Услуги не устанавливается.

5. Конфиденциальность

5.1. 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.

5.2. 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».

6. Сроки оказания услуг

6.1. Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с установленным режимом работы Исполнителя.

6.2. 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 _____ 202__ г.

7. Прочие условия

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.2. Все изменения, дополнения и приложения к настоящему договору оформляются в письменной форме и являются его неотъемлемой частью.

7.3. 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.

8. 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 на осуществление медицинской деятельности от 28.02.2014 № 78-01-004453 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 044030001;

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 _____ Е.В.Григорьева М.П.	Потребитель _____/_____ подпись / расшифровка подписи
--	--