

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг
(обязательное психиатрическое освидетельствование)

Санкт-Петербург

_____ 202_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 6» (СПб ГБУЗ «ПНД № 6»), далее – **Исполнитель**, в лице **главного врача Григорьевой Е.В.**,
наименование должности, Фамилия, И.О.

действующей на основании Устава

указать основание полномочий: доверенность № _____ от _____.____.202_) или иной документ

с одной стороны, и _____,

фамилия, имя, отчество лица, получающего платные медицинские услуги (Потребителя), либо фамилия, имя, отчество законного представителя Потребителя либо лица, заключающего договор от имени Потребителя (Заказчика)

далее – Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель берет на себя обязательства предоставить Потребителю платные медицинские услуги, (далее - «Услуги») указанные в пункте 2.2 настоящего договора, а Потребитель обязуется произвести оплату Услуг.

1.2. Условием предоставления Услуг является письменное информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство, выраженное путем подписания соответствующего документа по форме, приведенной в Приложении № 2 к приказу Минздрава РФ от 12.11.2021 N 1051н.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов

2.1. Стоимость Услуг, предоставляемых Исполнителем, при отсутствии необходимости выполнения дополнительных, не предусмотренных в настоящем договоре Услуг, определяется Прейскурантом, утвержденным руководителем Исполнителя на момент заключения настоящего договора, и составляет _____ рублей ____ копеек (_____ рублей _____ копеек).

2.2. Перечень Услуг, предоставляемых Исполнителем по настоящему договору:

№	Наименование платной медицинской услуги	Наличие/отсутствие (наличие услуги отметить знаком "+")	Стоимость, руб.
1	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра		
2	Электрэнцефалография (скрининг-обследование)		
3	Психопатологическое обследование (скрининг, углубленное)		
Итого			

2.3. Оплата Услуг производится Потребителем (Заказчиком) до начала предоставления 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 Исполнителя, или иным способом, разрешенным законодательством.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Выяснить необходимые сведения о состоянии здоровья Потребителя, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, при необходимости запросить медицинскую документацию.

3.1.2. Вести медицинскую документацию в установленном порядке.

3.1.3. Исполнитель имеет право:

3.1.4. Устанавливать время, место и условия предоставления Услуг.

3.1.5. По своему выбору приостановить предоставление услуг либо отказать в предоставлении Услуг в случае нарушения Потребителем условий договора, при наличии у Потребителя острого инфекционного заболевания, а также при алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении.

3.1.6. Требовать от Потребителя возмещения вреда в случае причинения им ущерба имуществу Исполнителя.

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. Сообщать Исполнителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

3.2.2. Строго соблюдать рекомендации медицинского персонала, участвующего в предоставлении услуг по настоящему договору.

3.2.3. Соблюдать права других потребителей и персонала Исполнителя, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

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

3.3. Потребитель имеет право:

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

3.3.2. Отказаться от получения Услуг и требовать от Исполнителя возврата уплаченной стоимости Услуг за вычетом затрат, понесенных Исполнителем в связи с исполнением настоящего договора.

4. Сроки предоставления и ожидания услуг

4.1. Услуги предоставляются Исполнителем в соответствии с установленным режимом работы Исполнителя.

4.2. 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.

5. Ответственность сторон

- 5.1. 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.
- 5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за ненадлежащее качество Услуг, нарушение прав Потребителя, а также в случаях причинения вреда его здоровью и жизни.
- 5.3. 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.
- 5.4. Все претензии по качеству Услуг принимаются Исполнителем в процессе их предоставления; гарантийный срок на оказываемые Услуги не устанавливается.

6. Порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в случае нарушения Потребителем условий договора, а также отказаться от исполнения договора по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством.
- 6.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством. В этом случае Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, не позднее 20 (двадцати) календарных дней с момента уведомления Потребителем Исполнителя об отказе от исполнения договора.
- 6.3. Все изменения, дополнения и приложения к настоящему договору оформляются в письменной форме в виде дополнительных соглашений к договору и являются его неотъемлемой частью.

7. Прочие условия

- 7.1. Исполнителем после исполнения настоящего договора по требованию Потребителя (законного представителя Потребителя) без взимания дополнительной платы не позднее 5 (пяти) рабочих дней с даты получения указанного требования предоставляются копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, о назначенных (используемых) при предоставлении услуг по настоящему договору лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
- 7.2. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств либо до момента расторжения договора.
- 7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон; каждый экземпляр обладает одинаковой юридической силой.
- 7.4. Все споры и разногласия сторон, возникшие в связи с исполнением настоящего договора, разрешаются путем переговоров и в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров или в претензионном порядке - в судебном 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 86.10

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

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 28.02.2014 № 78-01-004453 выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга; приказ о переоформлении лицензии от 28.02.2014 № 216-п; срок действия лицензии: бессрочно.

Адрес публикации лицензии в электронном реестре лицензий: https://data.gov.spb.ru/opendata/7808043833-licenses_medicine/
Лицензирующий орган: Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

Адрес: 191023, Санкт-Петербург, ул.Малая Садовая, д.1 Телефон: +7 (812) 635-5564 Электронный адрес: <http://zdrav.spb.ru/>

Реквизиты для оплаты Услуг: Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «ПНД № 6» лицевой счет 0531023) Казначейский счет 0322464340000007200 Номер счета банка получателя 40102810945370000005

Потребитель:

_____ *фамилия, имя, отчество (при наличии)*
паспорт № _____ серии _____ выдан _____
дата выдачи: ____ . ____ . ____ .
СНИЛС _____
Адрес места жительства _____
Адрес, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____
Телефон _____ ; адрес электронной почты (при наличии) _____