

Договор №

Код клиента:

г. Санкт-Петербург

На оказание платных медицинских и сервисных услуг.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Родильный дом №9" (далее - СПб ГБУЗ "Родильный дом №9"), адрес: 196158, г. Санкт-Петербург, ул. Орджоникидзе, дом 47, имеющее Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002, зарегистрированное 27.10.1994, за основным государственным регистрационным номером 1037821066337, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу, дата внесения записи - 29.04.2005, (Лицензия № ЛО-78-01-011284 от 20.11.2020 г., выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. +7 (812) 63-555-64), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Болотских Вячеслава Михайловича, действующего на основании Устава с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество)

в дальнейшем "Пациент" (Потребитель), Паспорт серии № Выдан:

с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор (далее - "Договор") о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту, по его желанию и обращению на платной основе медицинские и/или сервисные услуги.

Пациент ознакомлен с условиями оказания медицинской помощи по Программе Государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Санкт-Петербурге и выражает добровольное согласие на получение платной медицинской услуги/сервисной услуги:

Наименование	Стоимость по прейскуранту (в рублях)
ИТОГО	0

1.2. При необходимости пребывания пациента (в том числе и ребенка) в роддоме, пациент переводится в наблюдательное акушерское отделение, пребывание в котором оплачивается из средств ОМС/ДМС.

1.3. Специалистами исполнителя, оказывающими услуги по настоящему договору, являются:

(ф.и.о. врача)

(ф.и.о. неонатолога)

(ф.и.о. акушерки)

1.4. Пациент обязуется оплатить предоставляемые услуги в срок и порядке, предусмотренном в п. 3 настоящего Договора.

1.5. Дополнительные платные услуги оказываются только с согласия Пациента и оформляются Дополнительным соглашением к Договору.

2. Условия предоставления услуг

2.1. Пациент информирован о Территориальной программе Государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

2.2. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства, в том числе предъявляемые к качеству медицинских услуг.

2.3. В медицинской карте Пациента указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

2.4. Заключая настоящий договор, Пациент либо его уполномоченный представитель, подтверждают, что проинформированы, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, персонала родильного дома), выданных Пациенту как до заключения настоящего договора, так и в период его действия, могут привести к снижению качества оказания медицинских услуг и/или повлечь за собой невозможность их завершения в установленный срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Общий размер платежа подлежащего оплате Пациентом за предоставленные услуги, в соответствии с действующим прейскурантом, составляет (цифрой, прописью)

Ноль рублей 00 копеек НДС не облагается.

3.2. Оплата услуг осуществляется в форме 100% предоплаты.

3.3. Порядок платежа:

- путем наличного расчета с применением ККТ или документа строгой отчетности - бланка-квитанции (ф. 0504510);
- путем безналичного расчета - на расчётный счёт Исполнителя.

Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иной документ).

3.4. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.5. В случае неоказания и/или оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств, предусмотренных законом, Исполнитель возвращает Пациенту оплату, за исключением фактически понесенных расходов в отношении качественно оказанных до расторжения договора услуг.

4. Права и обязанности Сторон

4.1. "Исполнитель" обязуется:

4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России.

4.1.2. Обеспечить в установленном порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов. По требованию Пациента на предоставление платных услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью Договора.

4.1.3. Обеспечить выполнение принятых на себя услуг силами собственных специалистов или внешних консультантов/совместителей.

4.1.4. Информировать Пациента о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

4.1.5. В случае невозможности оказать услугу врачом и/или акушером, выбранными Пациентом (п. 1.3. договора), в связи с болезнью или по иной уважительной причине, исполнитель вправе заменить специалистов оказывающих услуги на указанных в Дополнительном соглашении, с предупреждением Пациента, или на иных, но с согласия Пациента, а в ситуации, угрожающей здоровью Пациента или плода, без согласия Пациента.

4.1.6. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

4.1.7. Представлять Пациенту материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

4.1.8. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

- а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
- б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

4.2. Пациент обязуется:

4.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.2. Подписывать своевременно отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем

4.2.3. Кроме того, Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг;
- информировать специалистов, указанных в п. 1.3. и/или Дополнительном соглашении, о любых изменениях своего самочувствия незамедлительно по номерам телефона, указанным в п. 1.3. и/или Дополнительном соглашении.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

4.3.2. Требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

4.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

4.4. Пациент имеет право:

- 4.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.
- 4.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Пациент несет полную материальную ответственность во время пребывания на территории Исполнителя за сохранность имущества, находящегося в палате.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством.

5.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

5.7. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора на условиях и в соответствии с законодательством.

6. Порядок рассмотрения споров.

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Согласие на обработку персональных данных

Настоящим я, _____
в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных - СПб ГБУЗ "Родильный дом №9", на обработку моих персональных данных в любой форме, необходимой для оказания услуг по настоящему договору.

8. Заключительные положения.

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Исполнителя и Пациента (Потребителя).

8.3. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами.

9. Адреса и реквизиты

"Исполнитель" (наименование)

СПб ГБУЗ "Родильный дом №9"
Ул. Орджоникидзе д.47
Комитет финансов Санкт-Петербурга
(СПб ГБУЗ "Родильный дом №9", л/с 0151132)
р/с 032 246 434 000 0000 7200
к/с 401 028 109 453 700 00005
БИК 014030106 ИНН 7810467660 КПП 781001001
Северо-Западное ГУ Банка России/УФК по г. Санкт-Петербургу
г. Санкт-Петербург
ОКПО 35456156 ОКОНХ 91516
Тел.: 726-44-55

"Пациент (Потребитель)"

Ф.И.О.

Адрес:

Тел:

Паспорт № сер. Выдан: . . .

Подписи Сторон

От имени Исполнителя

Пациент (или полномочный представитель)

_____ / Болотских В.М.

_____ / _____
Подпись / Расшифровка