г. Санкт-Петербург

 « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020

**ДОГОВОР №\_--**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

 Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Родильный дом № 13» (далее – СПб ГБУЗ «Родильный дом № 13»), адрес: 191124, Санкт-Петербург, ул.Костромская, дом 4, имеющее Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном 22.01.2003г. № 0414В, за основным государственным регистрационным номером 1037843001360, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу, дата внесения записи 24.08.2012г. *(Лицензия № ЛО- 78-01-010173 выдана 17.09.2019г, выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, ул. Малая Садовая, дом 1, телефон 314-04-43, срок действия – бессрочно*, *)* именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице Главного врача **Фредерикс Елены Вадимовны**, действующего на основании\_Устава\_с\_одной\_стороны,\_и

|  |
| --- |
|  ФИО:, год рождения паспорт номер выдан  |
| Проживающий(ая):СПб,  |

именуемая в дальнейшем «Заказчик/Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

 **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать «Заказчику/Пациенту», по его желанию на платной основе медицинские услуги.

1.2**«Заказчик/Пациент»** ознакомлен с условиями оказания медицинской помощи по Программе госгарантий за счет государственных средств и выражает добровольное согласие на получение платной медицинской услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | **Наименование услуги** | Стоимость услуги по прейскуранту, руб | Количество, ед | Сумма, руб. |
|  |   |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1.3. **«Заказчик/Пациент»** обязуется оплатить предоставляемые услуги в сроки и в порядке, предусмотренном в пункте 3 настоящего договора.

1.4. Дополнительные услуги оформляются Дополнительным соглашением к договору и подлежат оплате после их предоставления.

 **2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.**

2.1. «Заказчик/Пациент» информирован о Программе госгарантий бесплатной медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга

2.2. Сроки оказания услуг с \_\_.\_\_.2020г.\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_.\_\_.2020г. Сроки оказания услуг могут быть изменены по согласованию с Заказчиком/Пациентом.

2.3. При возникновении непредвиденных обстоятельств (отпуск по семейным обстоятельствам, болезнь, командировка и другие уважительные причины) Исполнитель имеет право заменить работника медицинского учреждения, согласованного ранее с Заказчиком, на другого работника, с устным уведомлением **«Заказчика/Пациента».**

**2.4. Заказчик/Пациент»** информирован о том, что в процессе родовспоможения на основании клинической ситуации может возникнуть необходимость оказания иных медицинских услуг за дополнительную плату.

 **3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате заказчиком за предоставленные услуги в соответствии с действующим у Исполнителя\_Прейскурантом,\_составляет\_(цифрой,\_прописью)

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей 00коп.**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей 00 копеек**  |

3.2. Оплата услуг осуществляется в форме 100% предоплаты;

Порядок платежа:

- путем наличного расчета с применением ККТ или документа строгой отчетности – бланка- квитанции (ф.0504510) в кассу платных услуг или в кассу учреждения;

- безналичный расчет, путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя с использованием системы электронных платежей

 3.3. Возврат денежных средств осуществляется в полном объеме по заявлению **«Заказчика/Пациента»**, либо лиц, установленных действующим законодательством:

а) за неоказанную (ые) услугу (и);

б) при неблагоприятном исходе для **«Заказчика/Пациента»** (летальный исход);

в) при неблагоприятном исходе для новорожденного (одно либо многоплодной беременности) (летальный исход);

3.4. возврат денежных средств производится на основании письменного заявления лица, которое является стороной настоящего договора и плательщиком медицинских услуг, путем перечисления денежных средств на указанный в заявлении расчетный счет

 **4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

 4. Исполнитель обязан:

4.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ;

4.1.2. Обеспечить в установленном порядке, информацией о режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием стоимости по прейскуранту, условиях их получения на день заключения договора

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

4.1.4. Информировать **«Заказчика/Пациента»** о предлагаемых методах обследования и лечения, порядка проведения процедур и вмешательств, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций и операций, выдавать, в случае необходимости листок нетрудоспособности и выписную справку

 4.2. Пациент обязан:

4.2.1. Оплатить предоставляемую медицинскую помощь (услугу) в порядке, определенным настоящим договором.

4.2.2.Сообщить сведения, необходимые для выбора того или иного метода лечения и выявления степени риска появления побочных реакции или осложнений при оказании медицинских услуг

4.2.3. Выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, включая: выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдение распорядка дня родильного дома, правил санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

4.2.4. Дать информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги и добровольное согласие на получение медицинских услуг на возмездной основе

 **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее оказание медицинских услуг, несоблюдение требований, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, обусловленного невыполнением договорных обязательств.

 5.2.При несоблюдении Исполнителем сроков оказания медицинской услуги **«Заказчик/Пациент»** вправе по своему выбору:

 -назначить новый срок оказания услуги;

 -потребовать исполнения услуги другим специалистом;

 -расторгнуть договор и потребовать возмещения затрат в установленном законом порядке.

 5.3. При нарушении **«Заказчиком/Пациентом»** требований пункта 4.2.3. договор может быть расторгнут Исполнителем с возмещением средств фактически затраченных на исполнение Договора.

 5.4 Пациент/Заказчик вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

 5.5. В случае, когда невозможность возникла по обстоятельствам, за которые ни одна сторона не отвечает, **«Заказчик/Пациент»** возмещает Исполнителю фактически понесенные им затраты, если иное не предусмотрено законом.

 5.6. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 782. ГК РФ.

 **6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

 6.1. Споры по настоящему договору подлежат разрешению в порядке, установленном действующем законодательством на основании требований ст.17. ФЗ «О защите прав потребителей»

 Пациент уведомлен о том, что граждане вправе получать медицинскую помощь бесплатно в лечебных учреждениях г. Санкт-Петербурга, в том числе в СПб ГБУЗ «Родильный дом №13», которые предоставляют указанные услуги бесплатно в установленном порядке, в соответствии с профилем учреждения на общих основаниях в объеме, установленными соответствующими стандартами.

Я, ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информирована о возможностях и условиях получения бесплатной медицинской помощи в амбулаторных условиях, родах и послеродовом периоде по Программе Госгарантий, добровольно от нее отказываюсь и выражаю свое намерение получить медицинскую помощь на возмездной основе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись пациента )

 **7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

 7.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами.

 7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

 7.3. Пациент ознакомлен с программой предоставляемых медицинских услуг и дает свое информированное согласие медицинскому персоналу на их оказание.

7.4. Учреждение действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-010171 от 17.09.2019 года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга. Адрес Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга – 191023, Санкт-Петербург, улица Малая Садовая, д. 1, тел. (812) 63-555-64. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной , в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) : при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : акушерскому делу, лабораторной диагностике; медицинской статистике; сестринскому делу: физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); гематологии ; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; офтальмологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; эпидемиологии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации ( проведению профилактических прививок); дезинфектологии; забору гемопоэтических стволовых клеток; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии.

 При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

  **8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** СПб ГБУЗ «Родильный дом № 13»ИНН 7825451423191124, Санкт-Петербург, ул.Костромская, д. 4, тел/факс -271-16-74Лицевой счет в Комитете финансов: № 0151144Банк получателя: Северо-Западное ГУ Банка России по Санкт-ПетербургуР/сч.40601810200003000000БИК 044030001, ОКПО 56222681ОКТМО 40911000, КПП 784201001Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В.Фредерикс | **Заказчик** (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес(регистрация): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт(серия, номер, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. и телефон Представителя пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Плательщик** (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес(регистрация): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт(серия, номер, кем и когда выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ПАМЯТКА №1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |  |
|  |
|  |  |  |

проинформирована СПб ГБУЗ «Родильный дом №13» о том, что в процессе родовспоможения на основании клинической ситуации может возникнуть необходимость оказания иных медицинских услуг за дополнительную плату, таких как:

**- проведение кесарева сечения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А16.20.005  | Доплата за кесарево сечение с аутореинфузией | 70000,0 |
| А16.20.005  | Доплата за кесарево сечение  | 33000,0 |

**-применение анестезии (обезболивания),**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В01.003.004.006 | Эпидуральная анестезия | 12500,0 |
| В01.003.004.007 | Спинальная анестезия | 12500,0 |
| В01.003.004.008 | Спинально-эпидуральная анестезия | 14000,0 |
| В01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия I категории | 8000,0 |
| В01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия II категории | 9000,0 |
| В01.003.004.011 | Сочетанная анестезия | 14000,0 |
| В01.003.004.010 | Общая комбинированная анестезия с интубацией трахеи и ИВЛ | 14000,0 |

- **введение антирезусного гаммаглобулина**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A12.06.043 | Исследование антител к антигенам групп крови | 2000,0 |
| В04.014.004 | Вакцинация (введение антирезусного гаммаглобулина)  | 10000,0 |

**- и других, в соответствии с действующим прейскурантом.**

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной форме разъяснена необходимость дополнительной оплаты данных медицинских услуг и я согласна с условиями оказания услуги за

дополнительную плату и стоимостью оказания услуги.

Оказанные медицинские услуги обязуюсь оплатить в соответствии с действующим прейскурантом.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_