

**ДОГОВОР N**  
**на оказание платных медицинских услуг**

поселок санатория им.Герцена

" " 202 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр реабилитации» Управления делами Президента Российской Федерации (лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 25.04.2018 № ФС-99-01-009515), далее именуемое "Исполнитель", в лице главного врача Полюшкина Сергея Вячеславовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент» (в случае оплаты работ по договору другим лицом - \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик»), с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель своими силами и средствами оказывает платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов услуг, предусмотренных лицензией и действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, а Пациент/Заказчик оплачивает оказываемые услуги на условиях, предусмотренных в настоящем договоре.

1.2. Пациент согласен на получение платных медицинских услуг.

1.3. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года № 1006);

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских организациях;

- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- ознакомил его с действующим Прейскурантом на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

1.4. Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

1.4. Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает характер, сроки и объем медицинских услуг.

1.5. Исполнителем и Пациентом оформлено Уведомление о возможности получения видов и объемов медицинской помощи по программе ОМС и подтверждено добровольное согласие Пациента на получение платных медицинских услуг в рамках настоящего договора – приложение № 1 к договору.

1.6. Виды медицинских услуг, оказываемых Пациенту, и их стоимость указаны в Перечне платных медицинских услуг – приложение № 2 к договору.

1.7. Согласие Пациента/Заказчика на действия представителей Исполнителя в случае возникновения у пациента экстренных/неотложных состояний, требующих перевода пациента в другое медицинское учреждение – приложение № 3 к договору.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями и установленными требованиями. Оказание медицинских услуг осуществляется согласно режиму работы структурных подразделений Исполнителя.

2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора известить об этом Пациента.

2.1.3. Информировать Пациента по его требованию о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания лечения, об используемых лекарственных средствах и препаратах и медицинских изделиях.

2.1.4. Организовать за счет Пациента /Заказчика и с его согласия необходимые обследования, исследования в других медицинских организациях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых своими силами.

2.1.5. Вести медицинскую документацию и выдавать Пациенту медицинские документы в соответствии с законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.6. Вести учет видов, объема оказанных медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Пациента, а также выступать представителем интересов Пациента перед Соисполнителями медицинских услуг..

2.1.7. Обеспечить Пациенту реализацию прав в соответствии со ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при отказе Пациентом дать добровольное информированное согласие на предоставление медицинских услуг, нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, режима работы Исполнителя, при невыполнении назначений лечащего врача и медицинского персонала, при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента, при состояниях алкогольного, наркотического или токсикологического опьянения Пациента, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента.

2.2.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.

2.2.3. Обрабатывать и передавать персональные данные и предоставлять информацию о состоянии здоровья Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Своевременно прибыть в согласованные с Исполнителем сроки для получения медицинских услуг, соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя, режим лечения, выполнять назначения и рекомендации врачей-специалистов и медицинского персонала Исполнителя. Являться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинским работникам) до оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств.

2.3.3. При поступлении в стационар до получения медицинских услуг предоставить следующие документы: результаты анализов на СПИД и RW (данные действительны в течение одного месяца с момента выдачи).

2.3.4. Не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания (информировать до оказания медицинской помощи об инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезни или носительстве, вызванной ВИЧ и др.).

2.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг от употребления алкоголя содержащих напитков, наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов.

2.4. Пациент / Заказчик обязан оплатить оказываемые медицинские услуги на условиях, предусмотренных договором.

2.4. Пациент / Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о своих правах и обязанностях, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.2. Получать информацию о профессиональном образовании и квалификации специалистов Исполнителя, представляющем соответствующую платную медицинскую услугу.

### **3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

3.1. Пациент / Заказчик оплачивает медицинские услуги, исходя из стоимости койко – дня в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя. Пациент ознакомлен и согласен с прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом / Заказчиком в порядке 100%-ной предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

3.3. Порядок взаиморасчетов между сторонами.

В случае если сумма денежных средств, внесенная Пациентом/Заказчиком в кассу или на расчетный счет Исполнителя, превысит стоимость фактически оказанных платных медицинских услуг на момент завершения срока лечения и выписки Пациента (досрочное расторжение договора), Исполнитель по личному письменному заявлению Пациента/Заказчика осуществляет возврат ему суммы, превышающую стоимость фактически оказанных платных услуг, в течение 10 рабочих дней с момента поступления такого заявления к Исполнителю. При подаче заявления на возврат вышеуказанной суммы, оплаченной по безналичному расчету, Пациент/Заказчик предъявляет чек об оплате с кодом авторизации.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

4.1. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.2. Непредоставление Исполнителем медицинских услуг в установленные сроки, связанное с причинами, которые он был не в состоянии предусмотреть при заключении настоящего договора (например, обострение хронических заболеваний Пациента) не влекут за собой возникновения ответственности Исполнителя.

4.3. Отсутствие ожидаемого Пациентом результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания медицинских услуг ненадлежащими.

4.4. Исполнитель имеет право приостановить действие настоящего договора или расторгнуть его при несвоевременной оплате или в соответствии с п. 2.2.1

4.5. В случае если невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Пациенту остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве 100% предоплаты.

4.6. Исполнитель имеет право изменить сроки оказания медицинских услуг по причинам, не предусмотренным настоящим договором.

4.7. Споры, возникшие при исполнении настоящего договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации по месту оказания медицинских услуг – в Одинцовском городском суде Московской области.

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ПРОДЛЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Срок действия договора и срок оказания медицинских услуг с «\_\_» \_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_ 202\_\_ г.

5.2. Срок действия договора может быть продлен в соответствии с письменным заявлением Пациента /Заказчика с соответствующей оплатой в установленном порядке. Заявление Пациента/Заказчика о продлении срока оказания медицинских услуг согласованное Исполнителем, оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору и является его неотъемлемой частью.

5.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке, в том числе досрочно, путем направления одной стороной другой стороне письменного уведомления в следующем порядке:

- Пациентом/Заказчиком в любое время в течение действия срока оказания услуг, при этом Пациент / Заказчик вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;

- Исполнителем в случае нарушения Пациентом/Заказчиком принятых на себя обязательств по договору и возникшей по вине Пациента невозможности для Исполнителя исполнения обязательств по настоящему договору: не исполнение пациентов предписаний лечащего врача, нарушение правил внутреннего распорядка, лечебно-охранительного режима, употребление наркотических и/или токсикологических веществ и др, несвоевременной оплаты за услуги в соответствии с условиями договора.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Все экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится по одному экземпляру настоящего договора.

6.2. Факсимильная подпись Исполнителя на договоре и его приложениях считается сторонами действительной.

## 7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель: ФГБУ «Центр реабилитации»**

**Пациент:**

143088 Московская область, Одинцовский район.  
пос. сан. им. Герцена  
ИНН/КПП 5032039680/503201001  
ОГРН 1035006460653, свидетельство от 26.02.2003г. серия 51  
№ 006371283, выдано Инспекцией МНС России по г.  
Одинцово Московской области  
УФК по Московской обл. (ФГБУ «Центр реабилитации».  
Лицевой счет 20486U95130  
ОКАТО 46455000685 ОКТМО 46755000  
ОКВЭД 86.10 КБК 00000000000000000130  
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по Московской  
области г. Москва БИК 04525987  
Единый казначейский счет 40102810845370000004  
Казначейский счет 03214643000000014800

Паспорт: серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
когда \_\_\_\_\_  
Код подразделения \_\_\_\_\_  
Зарегистрирован \_\_\_\_\_  
Проживающий \_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

мои персональные данные указаны верно \_\_\_\_\_

## 8. ПОДПИСИ СТОРОН

**Исполнитель:**

Главный врач ФГБУ «Центр реабилитации»  
\_\_\_\_\_  
Полюшкин С.В.

**Пациент:**

\_\_\_\_\_/подпись/  
ФИО \_\_\_\_\_

Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица:

**Заказчик:** С условиями договора ознакомлен (-на) и согласен. Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному у договору.

подпись, ФИО полностью, паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, адрес регистрации, телефон, № расчетного счета, реквизиты банка.

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_ С.В.Полюшкин

заказчик \_\_\_\_\_

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_

настоящим уведомлением подтверждаю, что представителем ФГБУ «Центр реабилитации» я ознакомлен(а) с Перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией ФС-99-01-009515 от 25 апреля 2018:

*при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, психотерапии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, терапии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии. При осуществлении санаторно-курортной помощи по: восстановительной медицине, гастроэнтерологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, психотерапии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, детской урологии-андрологии, медицинской реабилитации, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, рентгенологии, управлению сестринской деятельностью, хирургии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие услуги: при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: медицинской реабилитации, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, управлению сестринской деятельностью.*

В соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, настоящим уведомлением подтверждаю, что мне представителем ФГБУ «Центр реабилитации» предоставлена в полном объеме и в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках **Программы** государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и подтверждаю свое желание получить медицинскую помощь на платной основе. Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора об оказании платных медицинских услуг.

Подпись «Пациента» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О.

Подпись «Заказчика» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О.

**ПЕРЕЧЕНЬ**  
платных медицинских услуг

в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_  
202\_\_г Пациенту оказываются следующие виды платных медицинских услуг\*:

ФИО пациента	Программа лечения**	Отделение***	Категория размещения	Срок пребывания	Количество дней	Стоимость койко/дня
	Стационарное лечение		"		дней	руб.
ИТОГО						руб.

Примечание:

1. День заезда, день отъезда считается как один день, расчетный час 12:00 час.

\* **Виды** платных медицинских услуг указываются в соответствии с Перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

\*\* **Программа лечения** – в графе указывается: «стационарное лечение». В стоимость койко-дня при стационарном лечении входит: проживание, питание, лечение по клинико-статистическим группам и нозологиям;

\*\*\* При отсутствии койко-места в профильном отделении, возможна госпитализация в другое отделение с проведением лечения (оказанием медицинских услуг) по соответствующей нозологии.

**Исполнитель:**

Главный врач ФГБУ «Центр реабилитации» \_\_\_\_\_

С.В.Полюшкин

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Заказчик \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Согласие Пациента/Заказчика на действия представителей Исполнителя в случае  
возникновения у пациента экстренных / неотложных состояний, требующих  
перевода Пациента в другое медицинское учреждение**

В случае возникновения у Пациента экстренных/неотложных медицинских состояний, угрожающих жизни и/или здоровью Пациента, и требующих перевода в профильный стационар, Пациент/Заказчик дает согласие на вызов сотрудниками ФГБУ «Центр реабилитации» бригады скорой медицинской помощи (ГБУЗ МО «Московская областная станция скорой медицинской помощи») для экстренной госпитализации в специализированный стационар по профилю заболевания.

**Согласен:**

**Пациент** \_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка)

**Заказчик** \_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка)