Приложение № 4

к ПОЛОЖЕНИЮ

о порядке и условиях предоставления

платных услуг в АУ СОН ТО «Областной

центр реабилитации инвалидов»

**Договор № \_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Тюмень «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-001330 от 07 ноября 2013 года, срок действия - бессрочно, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, находящегося по адресу: г. Тюмень, ул. Малыгина, д.48, тел.: 8 (3452) 42-78-00, и

Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество потребителя)

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, действующий (-ая) от своего имен и в своих интересах, или в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия, имя, отчество ребенка], в дальнейшем именуемый **«Потребитель»**, с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Потребителю) на платной основе в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего договора, следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Количество оказанных услуг** | **Стоимость услуги (руб.)** | **Общая сумма (руб.)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1.2. Основанием для оказания настоящих медицинских услуг является желание и согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг.

1.3. Изменения стоимости оказываемых услуг, согласно Прейскуранту цен на оказание платных услуг, действующего у Исполнителя, своевременно доводятся до Заказчика (Потребителя).

В момент подписания настоящего Договора Заказчик (Потребитель) ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись) (Расшифровка подписи)

1.4.Услуги по настоящему договору оказываются в срок с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Своевременно и качественно оказывать Заказчику (Потребителю) медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

2.1.2. Обеспечить Заказчика (Потребителя) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте и условиях оказания услуг, режиме работы учреждения и правилах внутреннего распорядка.

2.1.3. Обеспечить Заказчику (Потребителю) непосредственное ознакомление с документацией, отражающей состояние его здоровья и здоровья Заказчика (Потребителя), и выдать по письменному требованию Заказчика (Потребителя) или его законного представителя копии медицинских заключений.

2.1.4. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора, Исполнитель обязан немедленно извещать об этом Заказчика (Потребителя).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.

2.2.2. Требовать возмещения материальных потерь с Заказчика (Потребителя) в случае причинения им ущерба имуществу Исполнителя.

2.3. Заказчик (Потребитель) обязуется:

2.3.1. Своевременно производить оплату в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и здоровья несовершеннолетнего ребенка.

2.3.5. Давать информацию Исполнителю о своем самочувствии, сообщать о неожиданных переменах в состоянии здоровья в период получения медицинских услуг.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. На выбор медицинского персонала, оказывающего платные услуги.

2.4.2. На предоставление достоверной информации об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Исполнителем, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификата и квалификации врача, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.4. Требовать возмещения денежных средств за оплаченную Заказчиком (Потребителем) медицинскую услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1.Цена настоящего договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

3.2. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Заказчиком (Потребителем) в соответствии с п.1.3. настоящего Договора.

3.3. Заказчик (Потребитель) оплачивает медицинские услуги в порядке 100% предоплаты в размере стоимости, указанных в пункте 1.1. настоящего договора, медицинских услуг путём перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

4.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Заказчиком.

4.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Заказчику (Потребителю) медицинские, реабилитационные услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии со ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»,

5.2. За нарушение прав Заказчика (Потребителя) Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.3. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходного медицинского материала, приобретённого Заказчиком (Потребителем) самостоятельно и использованного при лечении.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Потребителем) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.5. Заказчик (Потребитель) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика (Потребителя). В этом случае Заказчик (Потребитель) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика (Потребителя) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе, сведениях, полученных при его лечении (врачебная тайна).

6.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика (Потребителя), допускается в целях обследования и лечения Заказчика (Потребителя), не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

7.1. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.2. Исполнитель считается исполнившим обязательство, после подписания акта оказанных услуг, который содержит полный перечень оказанных услуг и их стоимость (Приложение к настоящему договору).

7.3. Заказчик считается исполнившим обязательство, указанное в пункте 3.3. настоящего договора, с даты поступления денежных средств в размере, указанном в пункте 3.1. настоящего договора, на лицевой счет или в кассу Исполнителя.

7.4. В случае отказа Заказчика (Потребителя) от медицинских услуг Исполнитель возвращает ему денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»:**  **Автономное учреждение социального**  **обслуживания населения Тюменской**  **области «Областной центр реабилитации**  **инвалидов»,**  ИНН7204120041 КПП 720401001  Адрес: 625001, г.Тюмень, ул.Уральская,д.60 корпус1 Тел.(4352) 43-13-53,69-45-13  Департамент финансов Тюменской области  (АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» ЛС 001050866 ОЦРИ) в в Отделение Тюмень, г. Тюмень  р/с 40601810400003000001  БИК 047102001  E-mail: orci72@yandex.ru  Тел.: 8(3452) 43-13-53  Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-001330 от 07 ноября 2013 года:  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: медицинскому массажу, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, физиотерапии.  При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым) | **«Заказчик»:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность: серия, №, кем выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства или адрес места пребывания)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (справка МСЭ, при наличии инвалидности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись «Заказчика») |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Подпись) (Фамилия, инициалы)  М.П. |  |

Приложение к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**А К Т**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Тюмень «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**АУ СОН ТО** **«Областной центр реабилитации инвалидов»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, заключили настоящий акт об оказании платных медицинских услуг о нижеследующем:

1.1. За период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г Заказчику (Потребителю) оказаны следующие платные медицинские услуги в соответствии с условиями указанного Договора:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование услуги** | **Количество услуг** | **Стоимость услуги, рублей** | **Сумма, рублей** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого: |  |  |  |  |

**Итого Исполнитель оказал, а Заказчик (Потребитель) получил услуги на общую сумму:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( сумма прописью)

**Исполнитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, инициалы)

М.П.

**Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, инициалы)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**Согласие пациента**

**на оказание платных медицинских услуг и**

**заключение договора оказания платных медицинских услуг**

Я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО прописывается собственноручно полностью, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов»; территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, в медицинских организациях Тюменской области;

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензиями;

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», программы и территориальной программы ОМС в медицинских организациях.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги Исполнителя и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», программы и территориальной программы ОМС в медицинских организациях, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)