

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербург

« _____ » _____ 202 _____ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача **Пантелеева Александра Михайловича**, действующего на основании Устава Исполнителя и в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 30 мая 2026 г. № 659, с одной стороны и

_____ именуемый далее **«Потребитель»**, с другой стороны, а вместе именуемые Сторонами, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется предоставить **Потребителю** платные медицинские услуги с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее-медицинские услуги), а **Потребитель** обязуется принять предоставленные медицинские услуги и оплатить их стоимость в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Перечень и стоимость предоставленных медицинских услуг, а также условия и сроки их предоставления определяются согласно Приложению № 1 к Договору, являющемуся его неотъемлемой частью и в соответствии с утвержденным прейскурантом цен на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), действующим на момент заключения Договора.

1.2. Предоставление медицинских услуг осуществляется **Исполнителем** в соответствии с лицензией от 06.05.2015 № Л041-01148-78/00298714, выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, своими силами и средствами, с использованием своей техники и персонала, необходимых для оказания медицинских услуг, по адресам, указанным в лицензии.

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе **Потребителя**, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба **Потребителя** оформляется в форме его письменного Соглашения.

1.4. Медицинская помощь при предоставлении медицинских услуг оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи, порядком оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.5. Срок предоставления медицинских услуг определяется Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы **Исполнителя** (далее-срок). Срок может быть изменен в случае необходимости оказания **Потребителю** дополнительных медицинских услуг, в соответствии с п. 5.3.

1.6. **Потребитель**, получающий медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.7. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Потребителя**.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость оказания услуг на момент заключения Договора составляет _____ рублей

2.2. Оплата услуг осуществляется в форме 100 (ста) процентов предоплаты суммы, указанной в п. 2.1. Договора, в валюте Российской Федерации (рубли) путем внесения в кассу **Исполнителя** или в безналичной форме на расчетный счет **Исполнителя** со ссылкой на настоящий Договор.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Исполнитель** обязан:

3.1.1. Ознакомить **Потребителя** с правилами предоставления платных медицинских услуг **Исполнителем**, условиями и особенностями их оказания.

3.1.2. Разъяснить **Потребителю** 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.

3.1.3. Предоставить **Потребителю** по его требованию в доступной для него форме в процессе лечения информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе и методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах и последствиях проведенного лечения.

3.1.4. Выдать **Потребителю** после исполнения Договора бесплатно медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья **Потребителя** после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. Медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя**, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.1.6. Разъяснить **Потребителю** что несоблюдение назначений (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 **Потребителя**.

3.2. **Исполнитель** вправе:

3.2.1. При выявлении у **Потребителя** противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении, при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением Договора.

3.2.2. Требовать от **Потребителя** соблюдения: графика прохождения процедур, режима приема лекарственных препаратов, назначений, рекомендаций специалистов, лечебно-охранительного режима, правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении **Потребителем** правил внутреннего распорядка медицинской организации, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.3. **Потребитель** обязан:

3.3.1. В период получения медицинских услуг выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, предоставляющих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, правила поведения на территории **Исполнителя**.

3.3.2. Оплатить медицинские услуги согласно Прейскуранту, действующему на момент предоставления услуги, в порядке и сроки, предусмотренные договором, а также исполнять иные изложенные в Договоре условия предоставления услуг.

3.3.3. Информировать врача до предоставления медицинских услуг о своем состоянии физического и психического здоровья, о перенесенных заболеваниях, наследственности, непереносимости лекарственных препаратов, известных ему аллергических реакциях и прочие необходимые сведения для выбора метода лечения и предотвращения побочных реакций или осложнений при оказании медицинской помощи и иную информацию, способную повлиять на выбор тактики лечения или обследования.

3.4. **Потребитель** вправе:

3.4.1. Получать доступную, достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах.

3.4.2. Требовать составления сметы (твердой или приблизительной) на медицинские услуги. При этом, твердая смета не подлежит изменению в ходе исполнения Договора.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, направив **Исполнителю** письменный отказ, при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.5. Настоящим **Потребитель** подтверждает, что он уведомлен и согласен, с тем что несоблюдение назначений и рекомендаций **Исполнителя** (медицинского работника), включая, но не ограничиваясь: нарушение предписанного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования — может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный Договором срок, а также причинение вреда здоровью **Потребителя**.

3.6. На момент подписания Договора **Потребитель** подтверждает, что он ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, перечнем предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, Прейскурантом **Исполнителя** с указанием цен в рублях; с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы; ознакомлен и получил сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности **Исполнителя** и перечне видов услуг, составляющих медицинскую деятельность, в том числе о доступе к общественной информации, содержащейся в электронных реестрах лицензий, размещенной по адресу <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> с информацией о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации); с иной информацией, размещенной на сайте **Исполнителя** [https:// www.tub-spb.ru/](https://www.tub-spb.ru/) и на информационных стендах (стойках) в части формы Договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение, ненадлежащее исполнение условий Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. **Исполнитель** не несет ответственности за предоставление медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено Договором, в случаях предоставления **Потребителем** неполной информации о своем здоровье в соответствии с пунктом 3.3.3 Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктом 3.5 Договора.

4.3. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации.

4.4. При возникновении претензии по качеству предоставленных медицинских услуг **Потребитель** вправе подать претензию в письменной форме на почтовый или электронный адрес **Исполнителя**, указанный в Договоре. Претензия должна содержать сведения достаточные для идентификации **Потребителя**, дату предоставления медицинской услуги и ее вид, а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи. **Исполнитель** обязан рассмотреть претензию и направить ответ в десятидневный срок со дня получения претензии.

4.5. Вред, причиненный жизни или здоровью **Потребителя** в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению **Исполнителем** в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и оплаты медицинских услуг в соответствии с разделом 3 Договора и действует до полного исполнения Сторонами обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны от исполнения Договора в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. Любые изменения и дополнения настоящего Договора действительны, если они совершены в письменном виде и подписаны Сторонами. Перечень предоставляемых платных медицинских услуг, указанный в Приложении № 1 к Договору, и срок исполнения, указанный в п.1.5. Договора может быть дополнен/изменен. Срок предоставления дополнительных платных медицинских услуг, их объем и стоимость предварительно согласовываются с **Потребителем**. Предоставление **Исполнителем** дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

5.4. **Потребитель** согласен на подписание Договора с использованием факсимиле руководителя **Исполнителя**.

5.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному каждой из Сторон.

Приложения к Договору:

Приложение № 1-Спецификация.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Данные документа, удостоверяющего личность

адрес места жительства

иные адреса, на которые (при их указании в Договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения

номер телефона

дрес электронной почты

В _____ / _____ /

Подпись _____ ФИО (при наличии)

Настоящим подтверждаю, что на момент подписания Договора я

уведомлен о порядке бесплатного получения медицинских услуг

В _____ / _____ /

Подпись _____ ФИО (при наличии)

Мне разъяснена и понятна информация о характере и особенностях оказываемых медицинских услуг, являющихся предметом Договора, и я согласен на предоставление данных медицинских услуг

В _____ / _____ /

Подпись _____ ФИО (при наличии)

Исполнитель

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер»

Адрес: 196142, г. Санкт-Петербург, вн. тер. г.

Муниципальный округ Звездное, ул. Звездная 12, литера А.

Сокращенное наименование: СПб ГБУЗ ГПТД

ИНН 7810214300 ОГРН 1037821052939 КПП 781001001

Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга

(СПб ГБУЗ ГПТД, л/с 0151038)

р/с 032246434000000007200

Банк: Операционно-кассовый центр № 1 СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ГУ ЦЕНТРАЛЬНОГО БАНКА РФ (ОКЦ №1 Северо-Западного ГУ Банка России)

БИК 014030106

Кор. счет 40102810945370000005

Адрес электронной почты: gortpd@zdrav.spb.ru

Сайт: www.tub-spb.ru

Главный врач _____ /А.М. Пантелеев/
мп

к Договору № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Спецификация

Потребитель

✓ _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О)

Исполнитель

Главный врач _____ Пантелеев А.М.
М.П.

Условия и сроки предоставления медицинских услуг: www.tub-spb.ru