

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг

Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 ____ 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(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, а вместе именуемые Сторонами, с целью оказания медицинских услуг _____ (указывается ФИО пациента и паспортные данные), именуемому в дальнейшем «**Потребитель**», 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 **Заказчик** обязуется принять медицинские услуги и оплатить их стоимость в размере, порядке и сроки, установленные Договором. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг, а также условия и сроки их предоставления определяются согласно Приложению № 1, являющемуся неотъемлемой частью Договора 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. **Заказчик/Потребитель** подтверждает, что на момент подписания договора **Исполнитель** уведомил его о порядке бесплатного получения медицинских услуг, предусмотренных договором, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая Договор, **Заказчик** добровольно согласился на предоставление ему медицинских услуг на платной основе. Условия получения **Потребителем** медицинских услуг стационарно.

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**, начинается теч с момента заключения Договора и длится до полного исполнения обязательств Сторонами (далее-срок). Данный срок может быть изменен в случае необходимости оказания **Потребителю** дополнительных медицинских услуг, в соответствии с п.3.4 Договора.

1.6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя**, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе **Заказчика/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 Согласия.

1.8. **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".

1.9. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных Договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Заказчика**.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Исполнитель** обязан:

2.1.1. Ознакомить **Заказчика/Потребителя** с правилами, условиями и особенностями предоставления платных медицинских услуг **Исполнителем**.

2.1.2. Проинформировать **Заказчика** о предстоящей стоимости лечения, а также о возможной необходимости доплаты, связанной с увеличением объема обследований, лечения, в том числе медикаментозного и использования расходных материалов;

2.1.3. Предоставлять медицинские услуги надлежащим образом, с использованием современных методов диагностики и лечения, по стандартам качества, в согласованном Сторонами объеме и сроки;

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке и предоставлять **Потребителю** и **Заказчику** с письменного согласия **Потребителя** возможность ознакомления с данной документацией;

2.1.5. Вести учет объемов и стоимости оказанных **Потребителю** медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от **Заказчика**.

2.1.6. Немедленно извещать **Заказчика** и **Потребителя** о невозможности предоставления необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема предоставления медицинских услуг;

2.1.7. В случае, если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **Потребителя** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.8. После исполнения Договора выдать **Заказчику** с письменного согласия **Потребителя/Потребителю** медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

2.1.9. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.2. **Заказчик** обязан:

2.2.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.3. В рамках настоящего Договора **Потребитель** обязан:

2.3.1. Предоставить **Исполнителю** данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить 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 оказать влияние на выбор тактики лечения или обследования;

2.3.2. В период получения платной медицинской и/или немедицинской (сервисной) услуги выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, 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**.

2.4. **Исполнитель** вправе:

2.4.1. Получать от **Заказчика** и **Потребителя** информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору;

2.4.2. Требовать от **Заказчика** оплаты услуг, предоставленных **Потребителю** по настоящему Договору;

2.4.3. 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.

2.4.4. 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.

2.4.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении **Потребителем** п. 2.4.4. Договора.

2.5. **Заказчик** и **Потребитель** вправе:

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

2.5.2. Получать информацию о порядке и стоимости предоставленных медицинских услуг;

2.5.3. Получать платные немедицинские услуги (сервисные и иные услуги), предоставляемые **Исполнителем** дополнительно при предоставлении медицинских услуг.

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

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

2.6. Настоящим **Заказчик** и **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**.

2.7. На момент подписания Договора **Заказчик** подтверждает, что он получил от **Исполнителя** письменное согласие на получение от его имени у Исполнителя документов содержащих его медицинскую тайну и конфиденциальную информацию.

2.8. На момент подписания Договора **Заказчик** и **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.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Договора.

3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются в валюте Российской Федерации (рубли) через кассу **Исполнителя**, либо путем безналичного расчета на основании счета, либо иным, не запрещенным законом способом. После оплаты **Заказчику** выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

3.3. **Заказчик** соглашается вносить предоплату стоимости необходимых **Потребителю** медицинских услуг. Предварительная стоимость медицинских услуг, которую **Заказчик** оплачивает в день заключения Договора, указана в Приложении № 1 к Договору.

3.4. Перечень предоставляемых медицинских услуг, указанный в Приложении № 1 к Договору, и срок исполнения, указанный в п.1.5. Договора может быть дополнен/изменен. Срок предоставляемых дополнительных медицинских услуг, их объем и стоимость предварительно согласовываются с **Заказчиком**. Предоставление **Исполнителем** дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

3.5. Стоимость медицинских услуг код А25.09.003 (1 койко-день) за согласованный Сторонами объем данных услуг оплачивается **Заказчиком** на условиях 100% предоплаты. Условия получения **Потребителем** медицинских услуг стационарно.

3.6. Оплата дополнительного объема медицинских услуг производится в день заключения дополнительного соглашения к Договору.

3.7. Согласие **Заказчика** на предоставление медицинской услуги и факт её получения **Потребителем** одновременно означает и согласие **Заказчика** на её оплату.

3.8. По факту предоставления медицинских услуг **Исполнителем** составляется акт, который предъявляется для подписания **Заказчику**.

3.9. В случае изменения объема услуг, необходимых **Заказчику**, или досрочного расторжения Договора, производится перерасчет суммы, подлежащей оплате **Заказчиком**.

3.10. Окончательный расчет по договору производится накануне или в день выезда **Потребителя** из стационара. Если стоимость предоставленных медицинских услуг меньше внесенной **Заказчиком** предоплаты, то остаток денежных средств возвращается **Заказчику**.

3.11. Оплата медикаментозного лечения, полученного **Потребителем**, производится **Заказчиком** каждые 2 недели с момента заключения Договора на основании произведенной сверки фактически полученного лечения за указанный период.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение, ненадлежащее исполнение условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

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 2.3.1. Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктом 2.6 Договора.

4.3. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением, либо ненадлежащим исполнением Сторонами обязательств разрешаются путем переговоров. В случае невозможности разрешения спора путем переговоров, он подлежит урегулированию в соответствии с законодательством РФ.

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

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.

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

5.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному каждой из Сторон.

Приложения к Договору: Приложение № 1. - Перечень и стоимость предоставляемых медицинских услуг.

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик

Наименование

Адрес:

ОГРН: ИНН: КПП:

ОКПО:

ОКВЭД:

Р/с:

К/с:

БИК:

Тел. факс:

Адрес эл. почты

В _____ / _____

Подпись

ФИО (при наличии)

м.п.

Заказчик/Потребитель подтверждает, что на момент подписания Договора уведомлен о порядке бесплатного получения медицинских услуг

В _____ / _____

Подпись

ФИО (при наличии)

В _____ / _____

Подпись

ФИО (при наличии)

Потребитель

ФИО Паспортные данные

Адрес места жительства

Телефон

Адрес эл. почты

№ полиса ОМС (при наличии)

Мне разъяснена и понятна информация о характере и особенностях предоставляемых

медицинских услуг, являющихся предметом Договора, и я согласен на оказание 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 КПП 781001001 ОГРН 1037821052939

Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга

(СПб ГБУЗ ГПТД, л/с 0151038)

р/с 03224643400000007200

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: gorptd@zdrav.spb.ru

Сайт: www.tub-spb.ru

Главный врач

Пантелеев А.М.

м.п.

Перечень и стоимость предоставляемых медицинских услуг

№ п/п	Код медицинской услуги согласно прейскуранту	Наименование медицинской услуги	Количество	Стоимость за единицу (руб.)	Стоимость всего (руб.)
1.					
Итого:					

Стоимость услуг НДС не облагается.

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

Заказчик

Исполнитель

м.п.

Главный врач _____ А.М. Пантелеев
м.п.