|  |
| --- |
| *До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Потребителя (отдыхающего) о том. что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.* |

**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Зеленогорск | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023 г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый/ая в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и Федеральное государственное казенное учреждение «Санаторий «Белое солнце» ФТС России» (далее – Санаторий «Белое солнце» ФТС России), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника Санатория Нелли Ивановны Волошиной, действующего на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор оказания платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ:

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан.

Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя.

Потребитель (отдыхающий) - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. На Потребителя, получающего платные медицинские услуги, распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:

Наименование юридического лица: Федеральное государственное казенное учреждение «Санаторий «Белое Солнце» ФТС России» (Санаторий «Белое солнце» ФТС России).

Юридический адрес: 197720, Санкт-Петербург, г. Зеленогорск, Приморское шоссе, д. 511.

Адрес места оказания медицинских услуг: 197720, г. Санкт-Петербург, город Зеленогорск, Приморское шоссе, дом 511, лит. А

Лицензия на осуществление медицинской деятельности:

- регистрационный номер: Л041-00110-47/00331760;

- срок действия: с 31.05.2019 бессрочно;

- лицензирующий орган: Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: диетологии; кардиологии; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

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

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ/ПОТРЕБИТЕЛЕ:

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные адреса для отправки ответов на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон моб.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (паспорт): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СВЕДЕНИЯ О ЗАКОННОМ ПРЕСТАВИТЕЛЕ ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ:

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные адреса для отправки ответов на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон моб.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (паспорт): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги (далее по тексту договора «медицинские услуги», «услуги»), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее - Прейскурант) действующему на момент предоставления услуг, а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказания медицинских услуг в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем Заказчику в соответствии с настоящим Договором, указан в Приложении к договору.

1.3. Путём подписания настоящего Договора Заказчик подтверждает, что Исполнитель до подписания настоящею Договора уведомил (в т.ч. посредством размещения на официальном сайте Исполнителя и информационных стендах в Санатории) в доступной и понятной форме и предоставил информацию, необходимую для принятия Заказчиком осознанного объективного решения о получении Медицинских услуг у Исполнителя, том числе информацию о потребительских свойствах медицинской услуги, об объёме, содержании медицинских услуг применительно к заболеванию Заказчика, о применимых методиках медицинского воздействия, о последствиях медицинского воздействия, о его сопутствующих или последующих эффектах, о последствиях прогрессирования заболевания; об Исполнителе, том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, о режиме работы Исполнителя, правилах поведения в помещениях, контактные телефоны, информацию о специалистах, непосредственно осуществляющих медицинское воздействие; о стоимости медицинских услуг; о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о возможности снижения качества медицинских услуг, невозможности завершения оказания медицинских услуг в срок или возможности ухудшения состояния здоровья Заказчика при несоблюдении Заказчиком плана лечения и указаний (рекомендаций) Исполнителя.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Заказчика получить медицинские услуги за плату.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Сроки оказания услуг по Договору: Заказчик получает медицинские услуги по графику: \_\_\_\_\_\_.

2.4. Перечень медицинских услуг указывается в плане лечения, который составляется письменно после консультации и обследования Заказчика. Согласие Заказчика на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде Дополнительного соглашения к договору.

2.5. Подписывая Договор, Заказчик подтверждает, что до его заключения лично ознакомился с прейскурантом на медицинские услуги Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения отдыхающих, размещенных на информационном стенде Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, в том числе положениями об организации медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, а также условий Договора.

3.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. После исполнения Договора выдать Заказчику 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, правила поведения в медицинской организации, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания.

3.2.3. Явиться заблаговременно до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3 2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять о фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могул повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Заказчика, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу и прибыть на прием к Исполнителю.

3.2.6. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прейскурантом, действующим па момент оказания услуги.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направить Заказчика (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия медицинской сестры в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.2. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Заказчика медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Заказчика на прием к назначенному времени.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных явлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. Получать надлежаще заверенные копии медицинской документации в течение 30 дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением в соответствии с порядком, определенным действующим законодательством РФ. Знакомиться с медицинской документацией в сроки, определенные действующим законодательством.

3.4.3. Выбирать дату и время визита к специалисту Исполнителя, включая перенос ранее согласованных даты и времени.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя, действующею на дату оказания услуг, и перечнем услуг в соответствии с Приложением к настоящему Договору.

4.2. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость услуг, указанную в Приложении к настоящему Договору, путем внесения в кассу Исполнителя наличных денежных средств в день оказания услуги.

4.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.4. Датой оплаты стоимости услуг считается день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.5. В случае неоказания услуг и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в течение 10 банковских дней с момента предъявления требования Заказчиком в наличном порядке.

4.6. Для оформления возврата оплаченной Заказчиком суммы необходимо предоставить договор с дополнительным соглашением и кассовым чеком, письменное заявление Заказчика с обоснованием причины возврата.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.3. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком в случаях:

5.3.1. несоблюдения Заказчиком рекомендаций, данных медицинским работником Исполнителя;

5.3.2. Развития аллергических реакций у Заказчика на определенные вещества, не отмечавшиеся ранее (не указанными Заказчиком).

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами.

6.2. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Заказчик предъявляет ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя.

6.3. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует по 31.12.2023 г.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Заказчику не выдаются.

8.2. Исполнитель не вправе отказывать Заказчику в заключении, исполнении, изменении или расторжении Договора связи с отказом Заказчика предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора.

8.3. Подписывая данный Договор, Заказчик подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения, давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.4. В случае, если при оказании услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Оказание Исполнителем дополнительных платных услуг оформляется новым Дополнительным соглашением с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

8.5. Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные и с исполнением обязательств по Договору.

8.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.7. Все стальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

8.8. Неотъемлемой частью настоящего Договора является:

- Приложение с перечнем и стоимостью медицинских услуг и добровольным информированным согласием на получение данных платных услуг.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **Начальник Санатория**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Волошина Н. И. /** | **ЗАКАЗЧИК:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  ФИО |

Заказчик, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя. отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинскою диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. Настоящее согласие может быть отозвано Заказчиком в письменном виде.

Заказчик экземпляр договора на руки получил, с Порядком оказания платных медицинских услуг ознакомлен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись ФИО