|  |
| --- |
| **ООО «Центр медицинской техники»**  **Стационар сестринского ухода**  **188305, Россия, Ленинградская область, г. Гатчина**  **ул. Достоевского, дом 8, к.2 тел./факс 8 (81371) 76-208**  **ИНН/КПП 4705068622/470501001, ОГРН 1154705002066** |

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

г. Гатчина, Ленинградская область « » 2023 г.

В соответствии с пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, ООО «Центр медицинской техники» (Исполнитель) до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет 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 Пациента.

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /

**ДОГОВОР**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Гатчина, Ленинградская область « » 202 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр медицинской техники», в лице Директора Побудея Александра Вениаминовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт гражданина РФ:ХХ ХХ ХХХХХХ, дата выдачи: 01.01.2000 г. УВД района области, проживающий(ая) по адресу: именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, заключающий договор в пользу **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, паспорт гражданина РФ: ХХ ХХ ХХХХХХ, дата выдачи: 01.01.2000 г. УВД района области, проживающий(ая) по адресу: именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. **Заказчик** поручает и обязуется оплатить, а **Исполнитель** обязуется оказать **Пациенту** следующие услуги: сестринский уход; проживание в палате выбранной категории; лечебно-диетическое питание 5 раз в день; клинические анализы крови и мочи (при поступлении); биохимический анализ крови: уровень глюкозы в крови, (при поступлении); снятие и расшифровка электрокардиограммы (при поступлении); осмотр врача-терапевта не реже 1 раза в неделю, консультативный осмотр врача-психиатра (при необходимости, разово); гигиенические процедуры, групповые занятия по ЛФК, организация досуга.
   2. По требованию **Пациента** и (или) **Заказчика Исполнителем** быть оказаны дополнительные платные медицинские услуги и иные услуги.
2. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. **Стоимость услуг** за один день пребывания в стационаре составляет:

**2200 ( две тысячи двести ) рублей 00 копеек** с учетом следующих параметров:

**Количество дней пребывания:**

**14 дней с 12 часов « » 202 г. до 12 часов « » 202 г.**

**Категория палаты:**

□ 1-местная палата (VIP) с удобствами,

**□** 1-местная палата без удобств**,**

□ 2-местная палата с удобствами,

**□ 2-местная палата,**

□ 3-местная палата.

**Категория пациента:** □ I **□ II** **□** III □ IV

* 1. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет: **30800 (тридцать тысяч восемьсот) рублей.**
  2. В стоимость, указанную в п.п. 2.1, 2.2 настоящего договора, не входит стоимость дополнительных услуг.
  3. В целях оплаты дополнительных услуг **Заказчиком** вносится предварительная оплата дополнительных услуг в размере **5 000 (пять тысяч) рублей**. Сумма неиспользованной предварительной оплаты дополнительных услуг возвращается **Заказчику** по окончании действия настоящего договора.
  4. Стоимость дополнительных услуг определяется прейскурантом **Исполнителя**, действующим на момент предоставления услуг.
  5. Оплата по договору производится **Заказчиком** на условиях 100% предварительной оплаты. Оплата может производиться как наличными денежными средствами, так и путем безналичных платежей.
  6. Расчеты по настоящему договору производятся в российских рублях.
  7. Моментом оплаты считается момент поступления денежных средств на расчетный счет или внесения их в кассу **Исполнителя**.
  8. По окончании действия настоящего договора **Сторонами** подписывается Акт выполненных работ (оказанных услуг). В случае не подписания Акта без представления **Заказчиком** мотивированных письменных возражений в течение 2 дней с момента получения Акта услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества.
  9. Отсутствие **Пациента** в стационаре в дни пребывания в стационаре, определенные в п. 2.1, не является основанием для снижения общей стоимости услуг по настоящему договору.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ** 
   1. **Исполнитель** обязан:
      1. Приступить к оказанию услуг по договору после внесения **Заказчиком** 100% предварительной оплаты.
      2. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.
      3. Предоставлять достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых материалах, лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
      4. Хранить в тайне информацию, составляющую врачебную тайну, и предоставлять ее без согласия **Пациента** только в установленных законом случаях.
      5. Вести медицинскую документацию, в том числе медицинскую карту **Пациента**, в установленном порядке и обеспечивать учет и надлежащее хранение медицинской документации. Медицинская карта и иная медицинская документация является собственностью **Исполнителя** и может быть предоставлена **Пациенту** в виде заверенной **Исполнителем** ксерокопии на основании поданного **Пациентом** собственноручно написанного заявления на имя главного врача **Исполнителя**. Срок предоставления заверенных ксерокопий – до 30 календарных дней с момента подачи **Пациентом** соответствующего заявления.
   2. **Исполнитель** вправе:
      1. Требовать от **Заказчика** и **Пациента** предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания **Пациенту** услуг.
      2. Требовать от **Заказчика** полной оплаты услуг в порядке и размере, определенном настоящим договором.
      3. Самостоятельно выбирать медицинский персонал, оказывающий услуги по настоящему договору.
      4. Самостоятельно определять необходимость проведения диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, график консультаций и процедур, а также график работы специалистов.
      5. Требовать от **Пациента** выполнения предписанных профилактических и лечебных мероприятий, распорядка дня в стационаре, соблюдения режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.
      6. В случае возникновения состояний, угрожающих жизни и здоровью **Пациента**, самостоятельно, без получения согласия **Пациента** и (или) **Заказчика** изменять планы, методы лечения и профилактики, объем исследований, манипуляций.
      7. Приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору в случае нарушения **Заказчиком** и (или) **Пациентом** условий настоящего договора, в том числе распорядка дня в стационаре, режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.
      8. Отказать в предоставлении услуг **Пациенту** при выявлении у **Пациента** противопоказаний к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.
      9. При возникновении потребности **Исполнитель** оставляет за собой право привлекать необходимых специалистов и (или) направить **Пациента** в иную специализированную медицинскую организацию.
      10. Перенести день приема **Пациента** на следующий день в случае явки **Пациента** в день поступления в стационар позже установленного времени.
   3. **Пациент** имеет право:
      1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследований, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
      2. Получить информацию до начала обследования и лечения обо всех возможных побочных явлениях, осложнениях и иных негативных последствиях, которые могут возникнуть в результате медицинского вмешательства, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях в результате медицинских вмешательств.
      3. На сохранение в тайне информации о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.
      4. На отказ от медицинского вмешательства. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается **Пациентом** и медицинским работником и содержится в медицинской документации **Пациента**.
   4. **Пациент** обязан:
      1. Своевременно сообщать достоверные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе наличии заболеваний и патологических состояний, аллергических реакций, и иную информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему услуг.
      2. Своевременно информировать **Исполнителя** о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг.
      3. Неукоснительно выполнять предписанные профилактические и лечебные мероприятия, соблюдать распорядок дня в стационаре, соблюдать режим приема лекарственных препаратов и другие предписания. Перед проведением медицинского вмешательства подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. В случае отказа **Пациента** от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство **Исполнитель** признает это отказом **Пациента** от получения соответствующего медицинского вмешательства, данное медицинское вмешательство **Пациенту** не оказывает до момента получения добровольного информированного согласия.
      4. В случае отказа от медицинского вмешательства подписать отказ от медицинского вмешательства.
      5. При поступлении в стационар проинформировать **Исполнителя** о наличии при себе лекарственных препаратов.
      6. Не проносить в стационар и не использовать:

* электронагревательные приборы (в том числе кипятильники, электрочайники, электрогрелки),
* колюще-режущие предметы (в том числе ножи, вилки, ножницы, ножи для открывания),
* спиртсодержащие лекарственные средства,
* лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие вещества (в том числе корвалол, валокордин, феназепам).
  1. **Заказчик** обязан:
     1. Своевременно производить оплату оказываемых услуг, в том числе дополнительных услуг, не предусмотренных в п. 1.1 настоящего договора.
     2. Своевременно сообщать достоверные сведения, необходимые для качественного и полного оказания услуг **Пациенту**.
     3. Своевременно информировать **Исполнителя** о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг.
     4. Обеспечить своевременную явку **Пациента** в стационар, а в случае невозможности явки заблаговременно, не менее чем за 2 дня, согласовать с **Исполнителем** возможность переноса сроков нахождения **Пациента** в стационаре.
     5. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в случае, если **Заказчик** является законным представителем **Пациента,** который признан в установленном порядке недееспособным и не способен по своему состоянию дать согласие на медицинское вмешательство.
     6. **Заказчик,** являющийся законным представителем **Пациента,** который признан в установленном порядке недееспособным и не способен по своему состоянию дать согласие на медицинское вмешательство, в случае отказа от медицинского вмешательства обязан подписать отказ от медицинского вмешательства.
     7. В случае такого отказа **Исполнитель** признает это отказом от получения соответствующего медицинского вмешательства, данное медицинское вмешательство **Пациенту** не оказывается до момента получения добровольного информированного согласия.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
   1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до истечения срока пребывания Пациента в стационаре.
   2. Договор считается продленным на тех же условиях на следующий период пребывания, равный предыдущему периоду пребывания, в случае внесения Заказчиком 100 % предварительной оплаты за него в срок не позднее дня окончания действия договора.В порядке, предусмотренном данным пунктом, договор может продлеваться неограниченное количество раз.
   3. Условия договора могут быть изменены по соглашению между **Заказчиком** и **Исполнителем** путем оформления в письменной форме дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.
   4. Договор может быть расторгнут по соглашению между **Заказчиком** и **Исполнителем**, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора **Стороны** несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
   2. **Исполнитель** не несет ответственности перед **Заказчиком** и **Пациентом** в случаях:
      1. Невыполнения или ненадлежащего выполнения **Пациентом** предписанных профилактических и лечебных мероприятий, несоблюдения распорядка дня в стационаре, режима приема лекарственных препаратов и других предписаний, условий настоящего договора, в том числе пункта 3.4.6.
      2. Предоставления **Исполнителю** недостоверных или неполных данных о состоянии здоровья **Пациента**, наличии противопоказаний для пребывания в стационаре (острые воспалительные или вирусные заболевания и инфекции, психические заболевания в стадии обострения, туберкулез и иные болезни, требующие срочного помещения **Пациента** для лечения в специализированное лечебное учреждение), а также в случае выявления противопоказаний, ранее не выявленных или не указанных в представленных медицинских документах.
      3. Возникновения у **Пациента** аллергических реакций и индивидуальной непереносимости к разрешенным к применению препаратам и материалам, о реакции на которые **Пациентом** не было сообщено **Исполнителю** и которые не могли быть выявлены перед проведением медицинского вмешательства.
      4. Невыполнения **Пациентом** каких-либо требований и указаний Исполнителя, не противоречащих настоящему договору.
      5. Не предоставление медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, в случае отказа от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.
      6. Неявки **Пациента** в день поступления в стационар без согласования с Исполнителем в сроки, установленные пунктом 3.5.4 настоящего договора.
   3. В случае невозможности исполнения настоящего договора, возникшей по вине **Заказчика** и (или) **Пациента**, в том числе в случаях, предусмотренных в п. 5.2 настоящего договора, услуги по настоящему договору подлежат оплате в полном объеме. При этом **Исполнитель** должен уведомить **Заказчика** по телефону, электронной почте или иным доступным способом о невозможности исполнения настоящего договора.
   4. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, З**аказчик** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные им расходы.
   5. **Заказчик** вправе отказатьсяот исполнения настоящего договора при условии оплаты фактически понесенных **Исполнителем** расходов. Отказ от договора оформляется путем направления **Исполнителю** письменного уведомления об отказе от исполнения договора. В случае отказа **Заказчика** от договора **Исполнитель** вправепотребовать от **Заказчика** выплаты денежной компенсации в размере стоимости 3 дней пребывания в стационаре.
   6. **Стороны** освобождаются от ответственности за неисполнение либо за ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, если докажут, что неисполнение принятых ими на себя обязательств произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.
   7. **Исполнитель** не несет ответственности за принесенные с собой и оставленные без присмотра ценные вещи, деньги, иное имущество **Пациента**.
   8. В случае если по истечении срока пребывания в стационаре Пациент не покинул стационар, Заказчик оплачивает пребывание Пациента в стационаре в соответствии с действующим на момент оказания услуг Прейскурантом.
3. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
   1. Все споры, возникшие из настоящего договора, решаются **Сторонами** в досудебном порядке путем направления письменных претензий. Претензия в адрес **Исполнителя** направляется по юридическому адресу **Исполнителя**, в адрес **Заказчика** – по месту регистрации **Заказчика**, указанному в настоящем договоре. Срок рассмотрения претензии составляет 10 дней.
   2. При не достижении согласия в порядке, предусмотренном в п. 6.1 настоящего договора, все неурегулированные **Сторонами** споры разрешаются в досудебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.
4. **ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для **Исполнителя**, **Заказчика** и **Пациента**.
   2. Подписанием настоящего договора **Заказчик** подтверждает, что до заключения настоящего договора **Заказчик**, а также **Пациент** в присутствии **Заказчика**:

- ознакомлены с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

- в доступной форме проинформированы 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.

* 1. **Пациент** дает согласие на предоставление информации, связанной с заключением и исполнением настоящего договора, в том числе содержащую врачебную тайну, следующим лицам:

ФИО

**Исполнитель** принимает **Пациента** и осуществляет выписку **Пациента** с 10.00 до 12.00.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Общество с ограниченной ответственностью «Центр медицинской техники»**  Юридический адрес: 188305 Ленинградская область, г. Гатчина, ул. Достоевского, д.8, к.2  Фактический адрес: 188305, Ленинградская область, г. Гатчина, ул. Достоевского, д. 8, кор. 2  Тел./факс 8(81371)- 762-08  ИНН \ КПП 4705068622 / 470501001  ОГРН 1154705002066  Банковские реквизиты: БИК 044030653 Р/с 40702810455000046695 К/с 30101810500000000653 Банк: Северо-Западный банк ПАО Сбербанк г. Санкт-Петербург  ОКПО 96157700  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.В.Побудей/ | **Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи  **Пациент**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись расшифровка подписи  Экземпляр договора получен на руки:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка подписи |

Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** в соответствии с лицензией № ЛО-47-01-002278 от 24.03.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (г. Санкт – Петербург, Невский пр., д. 113), тел. (812) 717-65-01, на осуществление работ (услуг). В соответствии с лицензией **Исполнитель** выполняет следующие работы (услуги): 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гериатрии; кардиологии; неврологии; физиотерапии; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гериатрии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации здравоохранения и общественному здоровью