|  |
| --- |
| До заключения договора Заказчик информирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись заказчика, фамилия, инициалы |

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

**г. Белгород « \_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.**

**Областное государственное казенное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница»**, в лице главного врача Новиковой О.В., действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее именуемое «Заказчик», с другой стороны, далее именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор предоставления платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
 |
|  | **1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать платную медицинскую услугу (или услуги) в соответствии с перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Минздравом России (Номенклатура), а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в порядке и сроки, согласованные в настоящем договоре.****1.2. Перечень платных медицинах услуг (далее – услуг), предоставляемых в соответствии с договором определяется в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги Исполнителя, утвержденного в установленном порядке, согласно приложения №1 к настоящему договору.****2. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:** |
|  | 2.1. Адрес места нахождения: 308010 г. Белгород, ул. Новая д. № 42 2.2.Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 31 № 002252103 выдан 20 февраля 2012 года ИФНС по городу Белгороду, ОГРН 1053107039578, Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серии 31 №002248044, ИНН 3123117251, КПП 312301001.2.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-31-01-003157 от 22 января 2021 года (бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Белгородской области, адрес: 308001, г. Белгород, Народный бульвар, д. 34 «А». 2.4. Перечень работ, (услуг) составляющих медицинскую деятельность Исполнителя содержится в соответствующей лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, которая размещена в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» [www.belokpb.belzdrav.ru](http://www.belokpb.belzdrav.ru), а также на сайте [www.roszdravnadzor.gov.ru/](http://www.roszdravnadzor.gov.ru/). |
|  | **3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,****СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ** |
|  | 3.1. Стоимость платных медицинских услуг, представляемых на основании настоящего Договора, определена в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Приложение №1 к настоящему договору)** |
|  | 3.2. Оплата стоимости платных медицинских услуг осуществляется по факту оказанных услуг, не позднее 10 календарных дней с момента подписания «Сторонами» акта приема-передачи оказанных услуг (Приложение №2 к договору). |
|  | 3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем перечисления денежных средств на лицевой счет администратора доходов бюджета Министерства Белгородской области, указанный в Приложении №3 к настоящему Договору.3.4. Стороны в течение всего срока действия договора ведут учет объема оказанных услуг, ежемесячно подтверждаемый актами сверки расчетов. |
|  | 3.5. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по письменному требованию Заказчика является обязательным, в этом случае она является неотъемлемой частью Договора. |
| **4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ** **И ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** |
|  | 4.1. Платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором предоставляются с учетом условий, определенных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006".4.2. Срок предоставления и ожидания медицинской услуги (услуг) определяется в соответствии с действующими порядками, приказами, клиническими рекомендациями ее выполнения, стандартами, соглашением сторон. |
|  | 4.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;в) на основе клинических рекомендаций;г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи). |
|  | 4.4.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. |
|  | 4.4.5. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Минздравом России и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и (или) Заказчика. |
|  | 4.6. Заказчик подтверждает, что при заключении договора, Исполнителем в доступной форме предоставлена информация и возможность ознакомится с информацией, размещенной на официальном сайте Исполнителя https://belokpb.belzdrav.ru/ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах в общедоступных помещениях Исполнителя: 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 и что отказ Заказчика от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках программы и территориальной программы; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); Прейскурант на платные медицинские услуги Исполнителя и другие сведения, относящиеся к предмету договора.4.7. По окончании предоставления платной медицинской услуги и проведения ее оплаты Заказчиком Исполнитель оформляет и выдает Заказчику на руки медицинское заключение. |
|  | **5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН****5.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель:**5.1.1. Предоставляет Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, качество которых соответствует требованиям, предусмотренным федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.5.1.2. Предоставляет Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию: а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.5.1.3. Обеспечивает при предоставлении платных медицинских услуг соблюдение установленных законодательством Российской Федерации требований к оформлению и ведению медицинской документации учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.5.1.4. Обеспечивает после исполнения Договора выдачу Заказчику медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, без взимания дополнительной платы.5.1.5. Предупреждает Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном Договоре.**5.2. В соответствии с условиями настоящего Договора Заказчик:**5.2.1. Обеспечивает оплату за оказанную Исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.5.2.2. После заключения договора вправе отказаться от исполнения настоящего договора, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.5.2.3. Формирует и предоставляет Исполнителю список лиц, направляемых для получения платных медицинских услуг (согласно приложению №4)5.2.4. До начала оказания услуг обязывает потребителя дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, известных перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных; дать согласие на обработку персональных данных, в порядке определенном действующим законодательством; заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), лечащего врача и медицинского персонала, не применять не назначенные лекарственные препараты, не использовать не рекомендованные медицинские изделия, иные методы диагностики и лечения без согласования лечащего врача; соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации Исполнителя; своевременно являться к лечащему врачу (иному медицинскому работнику) в назначенное время приема, своевременно и в полном объеме оплатить услуги.5.2.5. Согласовывает с Исполнителем график получения медицинских услуг Потребителями, в интересах которых заключен настоящий Договор. Обязывает потребителей соблюдать график приема врачей-специалистов.5.2.6. Обязывает потребителя соблюдать внутренний режим нахождения в учреждении здравоохранения. |
|  | **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** **ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА** |
|  | 6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. |
|  | 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.6.3. Исполнитель не несет какой-либо ответственности, если она была связана или явилась результатом представления Заказчиком Исполнителю неверной или вводящей в заблуждение информации.**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** |
|  | 7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.7.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. |
|  | **8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

|  |
| --- |
| 8.1. Срок действия договора с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по 30 декабря 2024 года.8.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, претензий и в судебном порядке.8.3. При предъявлении Заказчиком требований, предусмотренных Законом "О защите прав потребителей» Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Заказчика Законом "О защите прав потребителей".8.4. При поступлении обращения Заказчика в адрес Исполнителя ответ направляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".8.5. Обращение (жалоба, требование) Заказчика должно направляться Исполнителю на бумажном носителе (при личном обращении или по почте по адресу места нахождения Исполнителя), которое составляется в свободной форме и содержит: номер и дата договора на оказание платных медицинских услуг; содержание обращения, жалобы, требования; почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа; номер контактного телефона (при наличии).8.6. Стороны подтверждают, что до заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.8.7. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. |

 |

**9. НАИМЕНОВАНИЕ, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая** **психоневрологическая больница»** 308010 г. Белгород, ул. Новая, 42ИНН 3123117251КПП 312301001**Получатель**УФК по Белгородской области (Министерствоздравоохранения Белгородской области л\с 04262000290)ИНН 3123162110КПП 312301001р/с 40102810745370000018БИК 011403102№ казначейского счета 03100643000000012600**Банк получателя**: Отделение Белгород Банка России // УФК по Белгородской области г. БелгородКод дохода 809 113 019 920 200 00 1308(4722) 34-41-018(4722) 73-23-8189912101747 |  |

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

Главный врач

ОГКУЗ «Белгородская областная

клиническая психоневрологическая

больница»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Новикова О.В. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

МП МП «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.

 Приложение 1

 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Выписка**

**из прейскуранта цен на платные медицинские услуги, оказываемые ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Единица измерения | Цена, рублей |
| 1 |  Обязательное психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности | 1 освидетельствование | 462,0 |
|  |  |  |  |

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

Главный врач

ОГКУЗ «Белгородская областная

клиническая психоневрологическая

больница»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Новикова О.В. / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение №2

 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Акт приема-передачи оказанных услуг**

г. Белгород «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Единица измерения | Уровень тарифов в рублях |
| 1 |  Обязательное психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией работников, осуществляющих отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности | 1 освидетельствование | 462,0 |

 **Итого :**

 **Без налога (НДС):**

 **Всего к оплате:**

Всего оказано услуг на сумму

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

 **«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

|  |  |
| --- | --- |
| ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Новикова О.В. / М.п. |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.п. |

Приложение№ 3

 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от « \_ » \_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

Реквизиты

для оплаты услуг по проведению медицинского освидетельствования

Денежные средства необходимо перечислять на лицевой счет администратора доходов бюджета л/с 04262000290 Министерства здравоохранения Белгородской области

**Получатель:** УФК по Белгородской области (Министерство здравоохранения Белгородской области л/с 04262000290)

 ИНН 3123162110

 КПП 312301001

 Р/сч 40102810745370000018

 БИК 011403102

 № казначейского счета 03100643000000012600

 **Банк получателя**: Банк Отделение Белгород г. Белгород Банка России // УФК по Белгородской области г. Белгород

 КБК 809 1 13 01 992 02 0000 130

 ОКТМО 14701000

 Назначение платежа: Код дохода 809 113 019 920 20000 130

 За психиатрическое освидетельствование ОГКУЗ «БОКПНБ»

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

|  |  |
| --- | --- |
| ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Новикова О.В. / М.п. |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.п. |

Приложение №4

 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Список сотрудников для ОПО

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО (полностью) | Дата рождения | Серия и номер паспорта | СНИЛС | Полис ОМС | Адрес места регистрации |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |