Приложение № 1

к приказу от 15.11.2021 № 459/ОД

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_**

**на оказание медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. \_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указывается Ф.И.О. полностью, дата рождения, место рождения, адрес проживания)*, именуемый в дальнейшем «Потребитель/Пациент», с одной стороны, и **частное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»** (ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»), свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 77 № 007068958 выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве 11 августа 2004 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности: № ЛО-77-01-020135 от 27 июля 2020 г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указывается должность, Ф.И.О. полностью)*, действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., с другой стороны, они же «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством Российской Федерации, Исполнитель обязуется по желанию и с учетом медицинских показаний, оказать Потребителю/Пациенту медицинские услуги исходя из видов и стоимости услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящему Договору.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Пациента (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.2. Время и дата оказания медицинских услуг согласовывается с Исполнителем в день обращения Потребителя/Пациента.

1.3. Услуги оказываются стационарно по месту нахождения Исполнителя:

- 125367, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 84 .

1.4. Услуга оказывается в случае предоставления Исполнителю письменного согласия Потребителя/Пациента на обработку его персональных данных и его разрешения на предоставление сведений и документов, составляющих врачебную тайну Исполнителю.

**2. Стоимость услуг и порядок оплаты**

2.1. Перечень и стоимость медицинских услуг согласовывается Сторонами в Приложении № 1 к настоящему Договору. Стоимость включает в себя все затраты, издержки и иные расходы Исполнителя, в том числе сопутствующие, связанные с исполнением настоящего Договора.

2.2. Оплата производится:

Потребителем/Пациентом путем внесенияпредоплаты в размере, согласованном Сторонами в Приложении № 1 к настоящему договору.

Окончательный расчет Стороны производят в момент выписки Пациента из Стационара, если иное не согласовано Сторонами.

2.3. Оплата может быть произведена за наличный расчет в кассу Исполнителя банковской платежной картой или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет, указанный в настоящем Договоре, Потребителю/Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

Услуги Исполнителя НДС не облагаются (пп.2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации).

2.4. В течение пяти рабочих дней после окончании оказания услуг, Исполнитель передает Потребителю/Пациенту Акт приема-передачи оказанных услуг (далее – Акт). Акт передается Пациенту лично в руки либо направляется по адресу, указанному в разделе «Реквизиты и подписи сторон». Потребитель/Пациент обязуется подписать Акт или предоставить мотивированные возражения Исполнителю в течение 1 (одного) рабочего дняс момента получения Акта. В случае не предоставления мотивированных возражений в указанный срок, а также в случае уклонения от получения Акта, Исполнитель вправе подписать акт в одностороннем порядке. При этом услуги будут признаваться оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми Потребителем/Пациентом.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечить соответствие оказываемых им медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю/Пациенту (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о его здоровье, включая сведения о результатах обследования (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг), диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатов лечения.

3.1.3. Предоставить Потребителю/Пациенту (законному представителю) по его требованию информацию в доступной форме 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.

3.1.4. Предоставить Потребителю/Пациенту (законному представителю) и/или Заказчику информацию, содержащую сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

3.1.5. Предупредить Потребителя/Пациента о нецелесообразности продолжения оказания медицинских услуг.

3.1.6. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять длительность лечения, определять объем медицинских услуг, исследований, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.2. Самостоятельно принимать решения о проведении медицинского вмешательства в интересах Потребителя/Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни в ситуации неспособности Потребителя/Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг других лиц к исполнению своих обязательств по Договору, а также направлять Потребителя/Пациента в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Потребителя/Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях повышения качества оказываемых услуг.

3.3. Потребитель/Пациент обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.3.2. Выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, предоставлять точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и пр., точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать лечебно-охранительный режим учреждения. При грубых нарушениях перечисленных требований пациент подлежит выписке, сумма средств, затраченная на лечение, не возвращается.

3.3.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3.4. В случае досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе Потребителя/Пациента, оплатить полную стоимость медицинских услуг, оказанных Исполнителем до момента расторжения договора..

3.3.5. При выписке из стационара, не зависимо от результата лабораторного исследования биологического материала на наличие PHK SARS-CoV-2 на момент выписки, соблюдать установленный карантин.

3.4. Потребитель/Пациент имеет право:

3.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, подписать все необходимые документы, которые содержат первичная медицинская документация (информированное добровольное согласие на проведение лечебно-диагностических мероприятий и др.).

3.5. Не допускается переуступка прав требования по Договору другому лицу, а также не допускается передача в залог без согласия Исполнителя. В случае неисполнения данного условия, Исполнитель вправе требовать уплаты штрафа в размере 10% от общей суммы оказания услуг по договору, а также компенсации убытков или упущенных выгоды, понесенных Исполнителем в результате такой уступки или передачи в залог Потребителя/Пациента.

**4. Конфиденциальность**

4.1. Стороны обязуются сохранять конфиденциальность информации, полученную в ходе исполнения настоящего Договора.

4.2. Передача конфиденциальной информации (сведения, составляющие врачебную тайну) третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Потребителя/Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности в случае передачи им информации государственным органам, имеющим право затребовать ее в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя/Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6. Разрешение споров**

6.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 (десять) рабочих дней с даты ее получения.

6.2. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7. Срок действия договора**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его заключения Сторонами и действует до момента фактического исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

Срок действия настоящего Договора зависит от момента завершения лечебного процесса и проведения окончательных расчетов в соответствии с п.2.2. настоящего Договора.

**8. Прочие условия**

8.1. Все уведомления Сторон, связанные с исполнением настоящего Договора, направляются в письменной форме по адресу сторон, указанному в реквизитах настоящего Договора.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.3. К настоящему Договору прилагаются:

8.3.1. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем – Приложение №1;

8.3.2. Форма Акта приема-передачи, оказанных услуг по Договору – Приложение №2.

**9. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Потребитель/Пациент** |
| **Частное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина» (ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»)**  Юридический адрес: 129128, г. Москва, ул. Будайская, д.2  Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 77 № 007068958 выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве 11 августа 2004 г.  Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-020135 от 27 июля 2020 г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы (адрес места нахождения: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: + 7 (495) 777-77-77)  ИНН 7716511464  КПП771601001  ОГРН 1047796593525  ОКВЭД 86.10; 86.21 Р/с 40703 810 9 01300 000612  АО «АЛЬФА-БАНК»  К/с 30101 810 2 000 000 00593  БИК 044525593  ОКПО: 01107757  Тел/факс: 8(499)181–24–52, (499) 181-21-28 – отдел маркетинга, (499) 181-21-23 – бухгалтерия, (499) 262-17-33  Электронная почта:  [marketing\_ckb@mail.ru](mailto:marketing_ckb@mail.ru),  [cp-market@yandex.ru](mailto:cp-market@yandex.ru) | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Исполнитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Потребитель/Пациент**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

подпись М.П. подпись Ф.И.О.

*Я, в соответствии с п. 6 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 (далее – Правила), уведомлен 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.*

*Согласно п. 15 Правил, уведомлен, 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.*

***Потребитель/Пациент*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись, Ф.И.О.), «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.*

Я предоставляю/не предоставляю (*ненужное зачеркнуть*) право на получение информации о состоянии моего здоровья, объеме оказанных медицинских услуг, получение копий медицинских документов и результатов анализов и проведенных исследований

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

(*фамилия, имя, отчество и контактный телефон лица, которому предоставляется/ не предоставляется право получать информацию о состоянии здоровья пациента*).

***Потребитель/Пациент*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись, Ф.И.О.), «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.*

Приложение №1

к договору на оказание медицинских услуг №\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

**Перечень и стоимость медицинских услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Цена, руб. за одну услугу |
|  | Стационарное лечение пациента с коронавирусной инфекцией (без учета лечения в реанимации) | 300 000 рублей |
|  | Консилиум врачей при коронавирусной инфекции | 50 000 рублей |
|  | Лечение в реанимационном отделении пациента с коронавирусной инфекцией (1 койко-день) | 29 000 рублей. |

Потребитель/Пациент соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная в настоящем приложении, предварительная и не включает стоимость лечения патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения, а также зависит от необходимости/отсутствия необходимости лечения в реанимационном отделении и количества дней пребывания в нем.

В момент подписания Договора Потребитель/Пациент вносит предоплату в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

В случае, если стоимость услуг превысит стоимость внесенной предоплаты, Потребитель/Пациент обязуется произвести доплату в срок не превышающий пяти рабочих дней с даты получения акта сдачи-приемки оказанных услуг.

Потребитель/Пациент Исполнитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Ф.И.О. подпись расшифровка М.П.

Я в доступной форме уведомлен и в полной мере осознаю и принимаю тот факт, что услуга «Стационарное лечение пациента с коронавирусной инфекцией (без учета лечения в реанимации)» является комплексной и ее стоимость не зависит от количества дней пребывания в стационаре. Мне в доступной форме разъяснен объем медицинских услуг, поименованных в настоящем приложении, сроки и порядок их оказания и оплаты. Я осознаю, что в случае возникновения необходимости лечения в реанимационном отделении его стоимость оплачивается дополнительно согласно расчету, приведенному выше. Я подтверждаю, что подписание Договора, приложений к нему и внесение предоплаты я совершаю осознанно и добровольно.

*Потребитель/Пациент*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*подпись Ф.И.О.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение №2  к договору на оказание медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.\_ |

**Акт оказанных услуг**

по Договору №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20 г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ/ПАЦИЕНТ», с одной стороны, и **частное учреждение здравоохранения «Центральная клиническая больница «РЖД-Медицина»** (ЧУЗ «ЦКБ «РЖД-Медицина»), свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 77 № 007068958 выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве 11 августа 2004 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности: № ЛО-77-01-020135 от 27 июля 2020 г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указывается должность, Ф.И.О. полностью)*, действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Потребителя/Пациента оказал следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Дата оказания услуги | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуг  (руб.) |
| 1. |  |  |  |

Всего подлежит к оплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

1. Подписанием настоящего акта Стороны подтверждают, что оказанные услуги соответствуют объему согласованных с Пациентом медицинских услуг и отвечают требованиям Договора и действующего законодательства РФ. Претензий к качеству, объему и стоимости поименованных в настоящем акте услуг Потребитель/Пациент не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель/Пациент:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись/Расшифровка | Исполнитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись/Расшифровка\* |
| *\*Оттиск печати Исполнителя не является обязательным реквизитом акта. После завершения карантина, Пациент вправе обратиться за проставлением оттиска печати в бухгалтерию Исполнителя.* | |

**Форму акта утверждаем:**

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель/Пациент:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись Ф.И.О. | Исполнитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись М.П. |