ДОГОВОР №_____

на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского" (далее - Исполнитель)(Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года, серия 77 № 017326736, дата внесения записи 26 сентября 2002 года, выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 46 по г. Москве, ОГРН 1027739267214, зарегистрировано Государственном учреждением московской регистрационной палатой 18.01.1983. №021.187, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-99-01-009284 от 25.08.2016года, выданной Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Адрес: 109074, г. Москва, Славянская пл.д.4,стр.1, телефон:8(495)6984538), в лице начальника службы сервиса и поддержки пациентов Е.С. Волковой, действующей на основании доверенности №01.1.-исх/10 от 11.01.2018 года, и

_____

Ф И О

(далее - "Пациент"), заключили настоящий Договор о предоставлении платных медицинских услуг.

1.Предмет договора

1.По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее по тексту – Медицинские услуги), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

2.**Пациент обязуется:**

2.1. Оплатить медицинские услуги лично в полном объеме в размере 100% от стоимости подлежащих оказанию медицинских услуг.

2.2. Выполнять все назначения и рекомендации врачей.

2.3. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.4. Выполнять правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования, предписания, указания, рекомендации медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. 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.

2.5. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.6. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действием или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Законный представитель Пациента/ Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объёме.

2.7. Пациент вправе уполномочить кого-либо получать у Исполнителя конфиденциальную информацию в отношении с**ебя**, ставшую известной Исполнителю в ходе оказания Пациенту медицинских услуг, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну.

_____

(*Сведения о Представителе: Ф.И.О. полностью, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, контактный телефон (при наличии)*

2.8. Дает свое согласие на предоставление своих персональные данных дистанционно при указании кодового слова

_____

и направление медицинской информации (результатов анализов/отчетов) по электронной почте: **/ ДА / НЕТ /.**

3.**Исполнитель обязуется:**

3.1. Оказать Пациенту высококвалифицированные лечебно-консультационные услуги, выполняемые в данном медицинском учреждении.

3.2. Сделать необходимые записи в амбулаторную карту и назначить лечение.

4.Ответственность сторон.

4.За ненадлежащее исполнение своих обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.Прочие условия.

5.1.Пациент надлежащим образом проинформирован о существующих противопоказаниях и возможных осложнениях.

5.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает:

- что он 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 медицинской помощи, но подписание настоящего договора является добровольным желанием Пациента получить соответствующие медицинские услуги за плату;

-- что ему по его требованию была предоставлена в доступной форме информация, содержащая сведения, относящиеся к предмету договора, в том числе о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- что он уведомлен 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.

5.3.Споры рассматриваются и разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.4.Стороны гарантируют соблюдение конфиденциальности в отношении информации и документации, полученных при исполнении настоящего Договора.

5.5.Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством и Договором.

5.6. **Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи в договоре, на дополнительных соглашениях к настоящему договору,** акте приемки-сдачи выполненных работ на предоставление платных медицинских услуг**, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.**

5.7.Настоящий Договор действует в течение 12 месяцев с момента заключения, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Пациент

Паспорт:

Адрес:

Тел.:

_____ _____

подпись расшифровка

Исполнитель

ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского»

119991, Москва, ГСП-1, пер.Абрикосовский, д. 2, тел. (495) 248-54-55

Банковские реквизиты: ИНН 7704030124 КПП 770401001,

Р/счет 4050 1810 8452 5200 0079,

Главное управление Банка России по Центральному федеральному

округу г.Москва , БИК 044 52 50 00, л/с 20736Ц36950 в УФК по г.Москве, ОКТМО 45383000

КБК 00000000000000000130 Тел.: +7(499)248-15-55, +7(499)766-47-04

_____/Е.С.Волкова/

М.П.