|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_  на оказание платных медицинских услуг  г. Новосибирск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года  **федеральное** **государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России)**, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-54-01-002209 от 02.12.2019, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Новосибирской области, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый(-ая) в дальнейшем «**Пациент**», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключил настоящий договор о нижеследующем.  **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**  1.1. **Исполнитель обязуется** в период действия настоящего договора оказывать Пациенту в амбулаторных условиях медицинские услуги, предусмотренные лицензией на осуществление медицинской деятельности и утверждённым Исполнителем Прейскурантом на медицинские услуги (далее – услуги), а **Заказчик обязуется** оплачивать эти услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.  1.2. Перечень услуг, подлежащих оказанию Исполнителем Пациенту, определяется в момент обращения Пациента к Исполнителю в целях оказания медицинских услуг и указывается в соответствующих сметах, являющихся Приложениями и неотъемлемой частью настоящего договора.  1.3. Условия и сроки оказания Пациенту медицинских услуг по настоящему договору определяются утвержденным Исполнителем Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг (далее по тексту – Положение). Лицензия на право осуществления медицинской деятельности с перечнем видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, Положение и Прейскурант на медицинские услуги (далее – Прейскурант) размещены и доступны для ознакомления на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: http://www.meshalkin.ru (далее – сайт).  1.4. Подписанием настоящего договора Заказчик и Пациент подтверждают, что уведомлены Исполнителем до заключения настоящего договора 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.  1.5. Место исполнения настоящего договора (место оказания услуг Пациенту):  г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15;  г. Новосибирск, ул. 1905 года, д. 83.  1.6. Медицинские услуги по настоящему договору считаются оказанными с надлежащим качеством, в полном объеме и в срок в случае отсутствия письменных обоснованных возражений Заказчика и/или Пациента в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента оказания медицинских услуг.  1.7. Фактическое оказание Пациенту услуг фиксируется в медицинской документации Пациента, хранящейся у Исполнителя.  1.8. Заказчик и Пациент подтверждают, что Исполнителем в доступной форме предоставлена информация о возможности получения Пациентом соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы (в том числе территориальной программы) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждают свое добровольное согласие на оказание Исполнителем Пациенту медицинских услуг на платной основе.  **2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**  2.1. Стоимость услуг определяется утвержденным Исполнителем Прейскурантом, действующим на момент оплаты услуг, и указывается в соответствующих сметах, являющихся Приложениями и неотъемлемой частью настоящего договора.  2.2. Стоимость комплексных услуг, указанных в разделе 44 Прейскуранта и оказываемых Исполнителем в амбулаторных условиях, является действительной только при получении соответствующей комплексной услуги в полном объеме. В противном случае стоимость фактически оказанных Пациенту услуг рассчитывается исходя из стоимости отдельно оказанной услуги, указанной в соответствующем разделе Прейскуранта.  2.3. Оплата стоимости услуг производится Заказчиком на условиях **100 % предоплаты** путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя, в том числе с использованием платежных карт, либо внесения денежных средств в кассу Исполнителя **до начала оказания услуг** с выдачей Заказчику документа, подтверждающего произведенную оплату (кассовый чек).  **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**  **3.1. По настоящему договору Исполнитель вправе:**  3.1.1. Отложить оказание Пациенту услуг в случае обострения у Пациента хронического заболевания, наличия у Пациента острого и (или) инфекционного заболевания, а также наличия иных противопоказаний, являющихся препятствием для оказания услуг, до момента устранения указанных причин.  3.1.2. Отказать Пациенту в оказании услуг по настоящему договору в случае:  3.1.2.1. Нарушения условий п.2.3 настоящего договора.  3.1.2.2. Опоздания Пациента к назначенному времени консультации / обследования при отсутствии в момент прибытия Пациента свободного времени / свободных мест.  3.1.2.3. Несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.  3.1.3. В одностороннем порядке изменять Прейскурант в течение срока действия настоящего договора информировав об этом Заказчика и Пациента путем размещения на сайте и информационных стендах Исполнителя соответствующих изменений в Прейскурант или новой редакции Прейскуранта.  **3.2. По настоящему договору Исполнитель обязуется:**  3.2.1. Качественно оказывать медицинские услуги.  3.2.2. Вести всю предусмотренную действующим законодательством РФ медицинскую документацию, выдавая Пациенту (его законному представителю) необходимые документы, их копии и выписки из них.  3.3. **По настоящему договору Заказчик обязуется** оплачивать все фактически оказанные Исполнителем Пациенту услуги в порядке, установленном настоящим договором.  3.4. **По настоящему договору Пациент обязуется** выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, соблюдение правил поведения, установленных Исполнителем, режима работы Исполнителя, выполнение всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя по лечению, в том числе обязательно соблюдать рекомендации Исполнителя, данные на период, следующий за оказанием медицинских услуг, а также бережно относиться к имуществу Исполнителя.  **4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**  4.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует до момента его расторжения по инициативе одной из Сторон путем уведомления другой Стороны в письменной форме.  4.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.  4.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  4.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами и не разрешенные путем переговоров, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  4.5. Настоящий договор составлен в 3 (Трех) экземплярах (если Заказчик и Пациент одно лицо - в 2 (Двух) экземплярах), имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.  4.6. Прочие условия договора определяются утвержденным Исполнителем Положением и действующим законодательством Российской Федерации.  4.7. Стороны договорились, что наличие печати Исполнителя в договоре не является обязательным.  4.8. В целях исполнения настоящего договора Заказчик дает свое согласие Исполнителю на обработку персональных данных, указанных в настоящем договоре, посредством совершения действий с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обмен по незащищенным каналам связи, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Данное согласие действует со дня его подписания и в течение всего срока хранения медицинской документации. Отзыв данного согласия осуществляется путем подачи письменного заявления об отзыве согласия в канцелярию Исполнителя либо путем направления письменного заявления в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением.  **5. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России**  Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года, серия 54 №001375609, выданное Инспекцией МНС России по Советскому району г. Новосибирска Новосибирской области  Адрес места нахождения:  630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15  ИНН 5408106348 КПП 540801001  УФК по Новосибирской области (ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России  л/с 20516X68950)  Банк получателя:  СИБИРСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ// УФК по Новосибирской области г. Новосибирск  БИК 015004950  К/с 40102810445370000043  Р/с 03214643000000015100  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(должность представителя Исполнителя)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись, Ф.И.О. представителя Исполнителя* | **ЗАКАЗЧИК:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Ф.И.О. полностью)*  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_    Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сведения о документе, удостоверяющим личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *подпись Ф.И.О. Заказчика* | **ПАЦИЕНТ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(Ф.И.О. полностью)*  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сведения о документе, удостоверяющим личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Согласен на предоставление информации об оказанных по настоящему договору медицинских услугах Заказчику.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *подпись Ф.И.О. Пациента* | |

Справочно: Территориальный орган Росздравнадзора по Новосибирской области: 630007, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д.11, тел. 8 (383) 223-23-15 (по вопросам контроля качества оказанной медицинской помощи)

**СМЕТА № \_\_\_\_**

по договору на оказание платных медицинских услуг

**№ \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Новосибирск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**», настоящим согласовали перечень, объем и стоимость услуг, подлежащих оказанию Пациенту Исполнителем по договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код услуги в соответствии с Прейскурантом Исполнителя** | **Наименование услуг** | **Ед. изм.** | **Кол-во** | **Цена, руб.** | **Стоимость, руб.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **ИТОГО** |  |
|  |  |  |  |  | **Включая НДС (при наличии)** |  |

Общая стоимость услуг, оказываемых Исполнителем Пациенту по настоящей смете, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в том числе НДС \_\_\_%, в размере \_\_\_\_ руб./НДС не предусмотрен.

Особые условия *(при наличии)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ЗАКАЗЧИК** | **ПАЦИЕНТ** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  **м.п.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**СМЕТА № \_\_\_\_**

**(взамен сметы №\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

по договору на оказание платных медицинских услуг

**№ \_\_\_\_\_\_\_ от** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Новосибирск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**»,

настоящим согласовали уточненный перечень, объем и стоимость услуг, подлежащих оказанию Пациенту Исполнителем по договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код услуги в соответствии с Прейскурантом Исполнителя** | **Наименование услуг** | **Ед. изм.** | **Кол-во** | **Цена, руб.** | **Стоимость, руб.** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **ИТОГО** |  |
|  |  |  |  |  | **Включая НДС** |  |

Общая стоимость услуг, оказываемых Исполнителем Пациенту по настоящей смете, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Смету № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ считать недействительной.

Особые условия *(при наличии)*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ЗАКАЗЧИК** | **ПАЦИЕНТ** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  **м.п.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |