

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг
(двух сторонний)

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации (Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова) (ИНН: 7802048578, КПП: 780201001, запись о государственной регистрации ГРН № 7127847948530 от 20.07.2012 г. внесена Межрайонной ИФНС России № 15 по Санкт-Петербургу), имеющее лицензию № _____ от «__» _____ 20__ г., дающую право на осуществление медицинской деятельности, выданную Управлением Росздравнадзора по Санкт-Петербургу (адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа) в лице *должность ФИО*

_____,
 действующей на основании *Устава / доверенности № ___ от «___» _____ 20__ г.*, именуемое
 в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,
 и _____ (ФИО), проживающий/ая
 по адресу: _____,

именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, именуемые совместно и по отдельности «Стороны, Сторона», в соответствии с Законом РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель берет на себя обязательства по оказанию Потребителю платных медицинских услуг по своему профилю деятельности в соответствии с перечнем (Приложение № 1) в период с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202__ г. согласно смете (Приложение № 2) в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант) Исполнителя и действующей Лицензией № _____ от «__» _____ 20__ г. дающей право на осуществление медицинской деятельности, выданную Управлением Росздравнадзора по Санкт-Петербургу (адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа), а Потребитель обязуется принять и оплатить надлежащим образом оказанные медицинские услуги.

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель ознакомил его с:

- Режимом работы и внутренним пропускным режимом;
- Графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении ему платных медицинских услуг;
- Контактными телефонами;
- Перечнем платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условий их предоставления, квалификацией и сертификацией своих медицинских работников (специалистов);
- об условиях и сроках предоставления платных медицинских услуг.

1.3. При заключении настоящего договора Исполнитель в доступной форме для Потребителя предоставил информацию 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, а также и льготным категориям МО РФ (согласно Федеральному закону от 27.05.1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих») бесплатного оказания медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ Потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Подписав настоящий договор, Потребитель изъявил личное желание на оказание ему платных медицинских услуг, указанных в действующем Прейскуранте платных медицинских услуг Исполнителя.

1.4. В случае изменения объема платных медицинских услуг, предусмотренного настоящим договором, Стороны согласовывают и подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.5. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения лечебных подразделений Исполнителя.

2. Права и обязанности Сторон:

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии со сметой (Приложение № 2 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.4. Вести всю необходимую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Потребителю медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания платной медицинской помощи по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к изменению объема оказания медицинских услуг.

2.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказывать такие медицинские услуги без взимания платы.

2.1.8. Оказать платные медицинские услуги с учетом требования действующего законодательства Российской Федерации, а также Положением об оказании платных медицинских услуг в «Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова».

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.9. По требованию Потребителя представить:

- Копию учредительных документов, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;

- Информацию о платных медицинских услугах, указанных в п. 2.1.1. настоящего договора в доступной форме:

а) О порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) Информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) Другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке с предварительным уведомлением Потребителя, в случае нарушения Потребителем раздела 2, 3 настоящего договора при условии отсутствия угрозы жизни Потребителя и отсутствия неотложных показаний.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Предоставить лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных до заключения Договора с Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т. ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, режим, назначения, рекомендации медицинских работников Исполнителя, оказывающих платные медицинские услуги.

2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, а также внутренний пропускной режим Исполнителя.

2.3.5. Оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в п. 3.1, до начала их оказания согласно смете (Приложение № 2) и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.3.6. При назначении по медицинским показаниям дополнительных медицинских услуг произвести доплату за дополнительные медицинские услуги в течение 1 (Одного) рабочего дня в соответствии с Прейскурантом цен и заключенным дополнительным соглашением, за исключением медицинских услуг, указанных в п. 2.1.7. настоящего договора.

2.3.7. Предоставить информированное добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг, в случае оперативного вмешательства, представить согласие на оперативное вмешательство, а также предоставить согласие (или отказ) от участия в учебном или научном процессе Исполнителя.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя полную и достоверную информацию об оказываемых ему медицинских услугах, указанных в п. 2.1.1. Договора.

2.4.2. Получить полную и достоверную информацию о медицинских препаратах, используемых при оказании услуг, указанных в п. 2.1.1. Договора.

2.4.3. Ознакомиться с документами, указанными в п. 2.1.9. настоящего договора.

3. Стоимость, срок оплаты медицинских услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии со сметой (Приложение № 2 к настоящему Договору) и составляет: _____ (_____) рублей ___ копеек, НДС не облагается.

Оплата производится Потребителем авансовым платежом в размере 100 % в течение _____ банковский дней с момента выставления счета от Исполнителя.

Стоимость платных медицинских услуг, указанная в смете (Приложение № 2 к настоящему Договору), остается неизменной в течение срока действия настоящего Договора.

3.2. По истечении оплаченного срока при показаниях к дальнейшему лечению, и согласии Потребителя (Приложение № 4), Потребитель должен произвести доплату за дополнительные медицинские услуги до выписки из стационара.

При этом стоимость медицинских услуг определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.

В случае если дата госпитализации будет изменена по вине Потребителя, п. 7.1. настоящего Договора, то стоимость медицинских услуг будет определяться в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на момент начала оказания медицинских услуг.

3.3. Расчеты между Сторонами осуществляются в денежной единице Российской Федерации (рублях) через кассы, расположенные в подразделениях Исполнителя или безналичным расчетом, по реквизиту указанным в п. 8 договора на основании счета, выставленного Исполнителем.

Обязательства Потребителя по оплате считаются исполненными в момент внесения денежных средств в кассу Исполнителя или с момента внесения Потребителем наличных денежных средств кредитной организации, либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе.

3.4. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем или уполномоченным надлежащим образом представителем Потребителя.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, объем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, сократится, либо оказание платных медицинских услуг, в рамках настоящего Договора, на каком-либо этапе оказания платных медицинских услуг окажется невозможным, то с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные платные медицинские услуги и фактически понесенные расходы.

3.6. В случае отказа Потребителя от дальнейшего получения платных медицинских услуг путем подачи письменного уведомления на имя Исполнителя, согласно п. 6.2. договора, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные платные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы.

3.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении Потребителем условий настоящего договора, Потребитель оплачивает фактически оказанные платные услуги и фактические расходы.

3.8. Остаток суммы в рублях, внесенной за платные медицинские услуги, предусмотренные в п. 2.1.1 настоящего договора возвращаются в течение 10 (Десяти) дней с момента предъявления соответствующего требования по форме, указанной в Приложение № 3 к настоящему договору с учетом п. 3.5-3.7 и 6.2, 6.3. настоящего договора.

3.9. Подтверждением оказания медицинских услуг является подписанный Сторонами Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг (Приложение № 4 к настоящему договору) с приложением к нему медицинской документации, выдаваемой Исполнителем Потребителю.

Акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг подписывается Сторонами после окончания предоставления Исполнителем всех платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором и дополнительными соглашениями к настоящему Договору (если они заключались).

В случае, если Потребитель в течение 3 (Трех) рабочих дней не подписывает акт сдачи-приемки оказанных медицинских услуг и не предоставляет Исполнителю мотивированный отказ от его подписания, то услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества.

4. Ответственность сторон.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5. Конфиденциальность.

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

5.2. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

5.3. Обработка, использование и хранение персональных данных Потребителя осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

6. Срок действия договора и условия прекращения договора.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

- по соглашению Сторон;
- в одностороннем порядке по заявлению Исполнителя или Потребителя;
- в одностороннем порядке в случае невозможности Исполнения обязательств по настоящему Договору (ввиду форс-мажорных обстоятельств в силу действующего законодательства РФ).

При этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, установленных разделом 3 настоящего Договора;

6.3. В случае расторжения настоящего договора в одностороннем порядке, одна Сторона направляет другой Стороне уведомление о расторжении Договора в письменном виде на бумажном носителе. Договор считается расторгнутым в момент получения такого уведомления Стороной.

7. Прочие условия.

7.1. В случае если по своей вине Потребитель не был госпитализирован в согласованный Сторонами срок, то возврат средств, внесенных Потребителем, производится на условиях, предусмотренных п. 3.7, а Договор считается расторгнутым в одностороннем порядке в

соответствии с п. 6.3, за исключением случаев, когда Потребитель своевременно информирует Исполнителя о необходимости изменения срока начала оказания платных медицинских услуг.

7.2. Подписывая настоящий Договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Потребитель дает свое согласие на обработку своих персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю Исполнителя на основании настоящего Договора.

7.3. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.4. Договор составлен в __ (___) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по 1 (Одному) для каждой из Сторон.

7.5. Приложения:

7.8.1. Приложение № 1: Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией №__ от «__» __ 20__ г. выданной _____

7.8.2. Приложение № 2: Смета;

7.8.3. Приложение № 3: Форма заявления о возврате денежных средств;

7.8.4. Приложение № 4: Форма Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг;

7.8.5. Приложение № 5: Форма заявления о согласии на получение дополнительных платных медицинских услуг.

8. Адреса и реквизиты сторон:

8.1. Исполнитель:

Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова
194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д.6, лит. «Ж»
ИНН: 7802048578, КПП: 780201001,
ОКАТО 40265561000,
р/счет 032146430000000017200,
Банк: СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА
РОССИИ//УФК ПО Г.САНКТ-
ПЕТЕРБУРГУ г. Санкт-Петербург,
БИК банка: 014030106,
Код доходов 000 000 000 000 000 00 130
Получатель: УФК по г. Санкт-Петербургу
(Военно-медицинская академия имени
С.М.Кирова, л/с 20726Щ17145,
л/с 22726Щ17149, л/с 21726Щ17147
(для целевой субсидии)
Телефон: _____

8.2. Потребитель:

ФИО: _____.

Документ удостоверяющий личность:

_____ : серия ____ № _____.

Дата Выдачи: ____ . ____ . ____ г.

Выдан:

Адрес регистрации:

Адрес фактический адрес проживания:

Контактный телефон:

9. Подписи сторон:

9.1. Исполнитель:

_____/_____
(Должность, ФИО, подпись, печать)

9.2. Потребитель:

_____/_____
(ФИО, подпись, печать при наличии)

Приложение № 1 к договору на оказание
платных медицинских услуг (двух сторонний)
№ от «__» _____ 202__г.

Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией

Приложение № 2 к договору на оказание платных медицинских услуг (двух сторонний) № от «__» _____.202__г.

О Б Р А З Е Ц



VMAE 0000 0000 0есХ

Военно-медицинская академия
имени С.М.Кирова
ИНН: 7802048578, КПП:
780201001, ОГРН: 1037804002500

СМЕТА (РАСЧЕТ СТОИМОСТИ УСЛУГ)

К ДОГОВОРУ №__ от «__» _____ 20__г. на оказание платных медицинских
Потребителю: _____

№ п/п	Код услуги по реестру договорных	Наименование услуги по реестру договорных цен	Кол- во услуг	Цена услуги, без скидки	Цена услуги, со скидкой	Стоимость услуги со скидкой
					Итого:	

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, и в случае оказания стационарной помощи отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя).

Подписи сторон:

Исполнитель:

Военно-медицинская академия
имени С.М.Кирова.

Потребитель:

Должность: _____

(ФИО)

(подпись)

(ФИО)

(подпись)

О Б Р А З Е Ц

Начальнику Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова

**ЗАЯВЛЕНИЕ
НА ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ**

Я, _____ (ФИО полностью), документ, удостоверяющий личность: паспорт РФ: серия: _____, номер: _____, выдан: _____

_____ (кем, когда, дата выдачи, код подразделения)

ПРОШУ:

Осуществить возврат неизрасходованные денежные средства в сумме _____ (_____) **рублей _____ копеек**, внесенные за мое лечение по Договору № _____ от «__» _____ 202__г., по чеку № _____ от «__» _____ 202__г. на общую сумму: _____ (_____) **рублей _____ копеек** по причине: _____

Денежные средства прошу вернуть мне наличными/ на банковскую карту л/с № _____*.

_____ (дата составления заявления)

_____ (подпись)

Службное поле (заполняется помощником начальника клиники):

Настоящим подтверждаю, что услуги, согласно перечня (Приложение 1) пациенту _____ выполнены не были, по причине _____

Прошу вернуть денежные средства в сумме _____ **рублей __ коп.**

Помощник начальника
по лечебной работе

«__» _____ 20__г.

ФИО

Службное поле (заполняется администратором клинического отдела):

Сумма к возврату: _____ **рублей __ коп.**

«__» _____ 20__г.

*В соответствии со способом оплаты

**ПЕРЕЧЕНЬ (РАСЧЕТ СТОИМОСТИ)
не выполненных платных медицинских услуг**

№ п/п	Код по преискуранту	Наименование услуги	Количество	Цена услуги, без скидки	Цена услуги, со скидкой	Стоимость услуги, со скидкой
					Итого:	

Помощник начальника
по лечебной работе

«___» _____ 20__ г.

ФИО

Приложение № 4 к договору на оказание платных медицинских услуг (двух сторонний) №
от «__» _____, 202__ г.

О Б Р А З Е Ц

**Акт сдачи-приемки
оказанных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации в _____ лице

_____,
действующей на основании доверенности № _____ от «__» _____ 20__ г., именуемое в
дальнейшем «Исполнитель», с _____ одной стороны,
и _____ (ФИО),
проживающий/ая _____ по
адресу: _____

_____, именуемый/ая в дальнейшем
«Потребитель», с другой стороны, именуемые совместно и по отдельности «Стороны, Сторона»,
составили настоящий Акт о следующем:

1. В соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__»
_____ 202__ года Исполнитель оказал Потребителю следующие платные медицинские
услуги:

№ п/п	Дата оказания услуги	Наименование медицинской услуги	Объем оказанной медицинской услуги	Стоимость оказанной медицинской услуги, без скидки (руб.)	Стоимость оказанной медицинской услуги, со
1					

Итого: _____ (_____) рублей ____ копеек.

2. Услуги, перечисленные в п. 1 настоящего Акта, оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации.

3. Наличие замечаний Потребителя к оказанным медицинским услугам:

(при наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр Исполнителю).

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и является неотъемлемой частью Договора оказания платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 202__ года.

Подписи сторон:

Военно-медицинская академия
Исполнитель

Потребитель
ФИО

(подпись)

(подпись)

МП

МП

Приложение № 5 к договору на оказание платных медицинских услуг (двух сторонний) № от «__» _____ 202__ г.

О Б Р А З Е Ц

(наименование медицинской организации)

адрес: _____

от _____

(Ф.И.О. пациента)

паспорт: серия _____ N _____,

выдан _____

_____ " ____ " _____ г.,

адрес: _____,

телефон: _____

Заявление

о согласии на получение дополнительных платных медицинских услуг

Я, _____ (указать Ф.И.О., дату рождения), пациент _____ (указать наименование медицинской организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя), карта пациента № _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг от " ____ " _____ г. № _____ заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в _____ (указать наименование медицинской организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя), а именно: _____ (указать вид(ы) медицинских услуг), при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в _____ (указать наименование медицинской организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя), и согласен(на) оплатить лечение: _____.

4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в сумме _____ (_____) рублей.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в _____ (указать наименование медицинской организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя).

7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" ____ " _____ г.

_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)