***Уведомление***

*Я****, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.*

*«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись (ФИО пациента)*

**ДОГОВОР № \_ \_ \_ \_ \_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Элиста «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.

**БУ РК «Республиканский детский медицинский** **центр имени Манджиевой Валентины Джаловны»**, в лице исполняющего обязанности главного врача **Дорджиева А.Н.,** действующего на основании Устава, лицензии на оказание медицинских услуг: - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по :вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской микробиологии, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, рентгенологии, спортивной медицине, стоматологии детской, сурдологии-оториноларингологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации, неврологии, офтальмологии, психиатрии, травматологии-ортопедии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), детской урологии-андрологии, детской хирургии, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине, травматологии и ортопедии, физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диетологии, лечебной физкультуре, медицинской реабилитации, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, неонатологии, нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, психиатрии, пульмонологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, спортивной медицине, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, физиотерапии, хирургии (комбустиологии), челюстно-лицевой хирургии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: неонатологии, педиатрии, челюстно-лицевой хирургии; № Л041-01174-08/00328759 от 21.12.2018, выданной МЗ РК, г.Элиста, ул.Ленина, 311, тел. 2-08-15, свид-ва Федеральной налоговой службы о госрегистрации от 12.03.2015г с одной стороны, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,(ФИО заказчика – пациента или его законного представителя (нужное подчеркнуть) именуемый в дальнейшем «Заказчик», заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель оказывает Заказчику медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик оплачивает указанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуги |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
|  | Всего к оплате: |  |

**Общая стоимость** предоставляемых услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. Срок оказания услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_(д.м.г).

**1.2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

Платные медицинские услуги оказываются:

1.2.1 Пациентам, которые в соответствии с законодательством РФ не имеют права на оплату лечения за счет средств бюджетов различных уровней или государственных внебюджетных фондов **(иностранные граждане, граждане, не имеющие медицинского страхового полиса, лица без гражданства)**

1.2.2. Если услуга не включена в Территориальную программу государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, далее «Территориальная программа» **(отдельная палата, сервисная палата)**

1.2.3. Если пациент или его законный представитель желает получить медицинскую услугу за плату добровольно **при самостоятельном обращении**

1.2.4. При условии выполнения в полном объеме Программы госгарантий (плана).

1.2.5. Я информирован(-а) о возможности получения оказываемой по настоящему договору услуги бесплатно. **Согласен получить услугу на платной основе: (самообращение, не имею полиса, иностранный гражданин) (нужное подчеркнуть).**

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о порядке и условиях предоставления им бесплатной медицинской помощи и платных услуг, после чего Заказчик подписывает информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг.

2.1.2. Предоставить Заказчику медицинские услуги в установленные сроки и в соответствии с разделом 1 настоящего договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получить от Заказчика плату за предоставляемые медицинские услуги в размере, установленном в разделе 1 настоящего договора.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. До оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю все сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, возможных аллергических реакциях, индивидуальных особенностях организма.

2.3.2. При предоставлении услуг в условиях стационара Заказчик обязан:

точно выполнять назначения лечащего врача, незамедлительно сообщать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения; согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.; соблюдать режим стационара.

2.3.3. Оплатить медицинские услуги в размере, определенном в разделе 1 настоящего договора.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Требовать предоставления Исполнителем медицинских и немедицинских услуг в срок, установленный в разделе 1 настоящего договора.

**3. Порядок расчетов**

3.1. Оплата за медицинские услуги производится в кассе организации наличными деньгами через контрольно-кассовый аппарат согласно кассового чека (прилагается) либо путем безналичных перечислений.

3.2. Стоимость платных услуг определяется в соответствии с прейскурантом, действующим на момент исполнения работ.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Стороны договора несут ответственность за неисполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством.

4.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик имеет право требовать по своему выбору: уменьшения стоимости предоставляемой услуги; исполнения услуги другим специалистом; расторжением договора и возмещения убытков; назначения нового срока исполнения услуги.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

**5. Изменение и прекращение договора**

5.1. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.

5.2. Заказчик вправе отказаться от выполнения Исполнителем своих обязательств, оплатив фактические расходы, понесенные Исполнителем.

5.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

**6. Разрешение споров**

6.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора решаются путем переговоров между сторонами.

6.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны передают их на рассмотрение в судебном порядке

**7. Адреса, реквизиты, подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Заказчик:** |
| БУ РК «РДМЦ им. Манджиевой В.Д.», ОГРН 1150816000940  358011, г. Элиста, ул. Г.О. Рокчинского, дом № 1  ИНН 0816029036 КПП 081601001  Минфин РК (БУ РК "РДМЦ им. Манджиевой В.Д." л/с 20056Э18320),  Казначейский счет (р/с) 03224643850000000500  Отделение-НБ Республика Калмыкия Банка России//УФК по Республике Калмыкия г.Элиста БИК 018580010  ЕКС 40102810245370000072 КБК 00000000000000000130  И.О.Главного врача - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дорджиев А.Н.                                          мп | Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес и телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |