|  |
| --- |
| **ООО «Современная Медицинская Служба»****Стационар сестринского ухода****188300, Россия, Ленинградская область, г. Гатчина****пр. 25 Октября, дом 16. тел./факс 8 (81371)-92267, 76-208****ИНН/КПП 4705050382/470501001, ОГРН 1104705002203** |

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

г. Гатчина, Ленинградская область «\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.

В соответствии с пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, ООО «Современная Медицинская Служба» (Исполнитель) до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет 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.

 Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_./

**ДОГОВОР**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Гатчина, Ленинградская область «\_\_\_ » \_\_\_ 2016 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Современная Медицинская Служба», в лице Директора Лебедевой Ирины Анатольевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, заключающий договор в пользу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.** , паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_ . , зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, именуемые совместно **Стороны**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. **Заказчик** поручает и обязуется оплатить, а **Исполнитель** обязуется оказать **Пациенту** следующие услуги: сестринский уход; проживание в палате выбранной категории; лечебно-диетическое питание 5 раз в день; клинические анализы крови и мочи (при поступлении); биохимический анализ крови: уровень глюкозы в крови, (при поступлении); снятие и расшифровка электрокардиограммы (при поступлении); осмотр врача-терапевта не реже 1 раза в неделю, консультативный осмотр врача-психиатра (при необходимости, разово); гигиенические процедуры, групповые занятия по ЛФК, организация досуга.
	2. По требованию **Пациента** и (или) **Заказчика Исполнителем** быть оказаны дополнительные платные медицинские услуги и иные услуги.
2. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. **Стоимость услуг** за один день пребывания в стационаре составляет:

**\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек** с учетом следующих параметров:

**Количество дней пребывания:**

**\_\_\_\_ дней с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г. до 12.00 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.**

**Категория палаты:**

□ 1-местная палата (VIP) с удобствами,

 □ 1-местная палата без удобств,

□ 2-местная палата с удобствами,

□ 2-местная палата,

□ 3-местная палата.

**Категория пациента**: □ I □ II □ III

* 1. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет: **\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.**
	2. В стоимость, указанную в п.п. 2.1, 2.2 настоящего договора, не входит стоимость дополнительных услуг.
	3. В целях оплаты дополнительных услуг **Заказчиком** вносится предварительная оплата дополнительных услуг в размере **5 000 (пять тысяч) рублей**. Сумма неиспользованной предварительной оплаты дополнительных услуг возвращается **Заказчику** по окончании действия настоящего договора.
	4. Стоимость дополнительных услуг определяется прейскурантом **Исполнителя**, действующим на момент предоставления услуг.
	5. Оплата по договору производится **Заказчиком** на условиях 100% предварительной оплаты. Оплата может производиться как наличными денежными средствами, так и путем безналичных платежей.
	6. Расчеты по настоящему договору производятся в российских рублях.
	7. Моментом оплаты считается момент поступления денежных средств на расчетный счет или внесения их в кассу **Исполнителя**.
	8. По окончании действия настоящего договора **Сторонами** подписывается Акт выполненных работ (оказанных услуг). В случае неподписания Акта без представления **Заказчиком** мотивированных письменных возражений в течение 2 дней с момента получения Акта услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества.
	9. Отсутствие **Пациента** в стационаре в дни пребывания в стационаре, определенные в п. 2.1, не является основанием для снижения общей стоимости услуг по настоящему договору.
1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ**
	1. **Исполнитель** обязан:
		1. Приступить к оказанию услуг по договору после внесения **Заказчиком** 100% предварительной оплаты.
		2. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.
		3. Предоставлять достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых материалах, лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
		4. Хранить в тайне информацию, составляющую врачебную тайну, и предоставлять ее без согласия **Пациента** только в установленных законом случаях.
		5. Вести медицинскую документацию, в том числе медицинскую карту **Пациента**, в установленном порядке и обеспечивать учет и надлежащее хранение медицинской документации. Медицинская карта и иная медицинская документация является собственностью **Исполнителя** и может быть предоставлена **Пациенту** в виде заверенной **Исполнителем** ксерокопии на основании поданного **Пациентом** собственноручно написанного заявления на имя главного врача **Исполнителя**. Срок предоставления заверенных ксерокопий – до 30 календарных дней с момента подачи **Пациентом** соответствующего заявления.
	2. **Исполнитель** вправе:
		1. Требовать от **Заказчика** и **Пациента** предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания **Пациенту** услуг.
		2. Требовать от **Заказчика** полной оплаты услуг в порядке и размере, определенном настоящим договором.
		3. Самостоятельно выбирать медицинский персонал, оказывающий услуги по настоящему договору.
		4. Самостоятельно определять необходимость проведения диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, график консультаций и процедур, а также график работы специалистов.
		5. Требовать от **Пациента** выполнения предписанных профилактических и лечебных мероприятий, распорядка дня в стационаре, соблюдения режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.
		6. В случае возникновения состояний, угрожающих жизни и здоровью **Пациента**, самостоятельно, без получения согласия **Пациента** и (или) **Заказчика** изменять планы, методы лечения и профилактики, объем исследований, манипуляций.
		7. Приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору в случае нарушения **Заказчиком** и (или) **Пациентом** условий настоящего договора, в том числе распорядка дня в стационаре, режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.
		8. Отказать в предоставлении услуг **Пациенту** при выявлении у **Пациента** противопоказаний к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.
		9. При возникновении потребности **Исполнитель** оставляет за собой право привлекать необходимых специалистов и (или) направить **Пациента** в иную специализированную медицинскую организацию.
		10. Перенести день приема **Пациента** на следующий день в случае явки **Пациента** в день поступления в стационар позже установленного времени.
	3. **Пациент** имеет право:
		1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследований, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
		2. Получить информацию до начала обследования и лечения обо всех возможных побочных явлениях, осложнениях и иных негативных последствиях, которые могут возникнуть в результате медицинского вмешательства, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях в результате медицинских вмешательств.
		3. На сохранение в тайне информации о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.
		4. На отказ от медицинского вмешательства. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается **Пациентом** и медицинским работником и содержится в медицинской документации **Пациента**.
	4. **Пациент** обязан:
		1. Своевременно сообщать достоверные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе наличии заболеваний и патологических состояний, аллергических реакций, и иную информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему услуг.
		2. Своевременно информировать **Исполнителя** о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг.
		3. Неукоснительно выполнять предписанные профилактические и лечебные мероприятия, соблюдать распорядок дня в стационаре, соблюдать режим приема лекарственных препаратов и другие предписания. Перед проведением медицинского вмешательства подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство. В случае отказа **Пациента** от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство **Исполнитель** признает это отказом **Пациента** от получения соответствующего медицинского вмешательства, данное медицинское вмешательство **Пациенту** не оказывает до момента получения добровольного информированного согласия.
		4. В случае отказа от медицинского вмешательства подписать отказ от медицинского вмешательства.
		5. При поступлении в стационар проинформировать **Исполнителя** о наличии при себе лекарственных препаратов.
		6. Не проносить в стационар и не использовать:
* электронагревательные приборы (в том числе кипятильники, электрочайники, электрогрелки),
* колюще-режущие предметы (в том числе ножи, вилки, ножницы, ножи для открывания),
* спиртсодержащие лекарственные средства,
* лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие вещества (в том числе корвалол, валокордин, феназепам).
	1. **Заказчик** обязан:
		1. Своевременно производить оплату оказываемых услуг, в том числе дополнительных услуг, не предусмотренных в п. 1.1 настоящего договора.
		2. Своевременно сообщать достоверные сведения, необходимые для качественного и полного оказания услуг **Пациенту**.
		3. Своевременно информировать **Исполнителя** о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг.
		4. Обеспечить своевременную явку **Пациента** в стационар, а в случае невозможности явки заблаговременно, не менее чем за 2 дня, согласовать с **Исполнителем** возможность переноса сроков нахождения **Пациента** в стационаре.
		5. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в случае, если **Заказчик** является законным представителем **Пациента,** который признан в установленном порядке недееспособным и не способен по своему состоянию дать согласие на медицинское вмешательство.
		6. **Заказчик,** являющийся законным представителем **Пациента,** который признан в установленном порядке недееспособным и не способен по своему состоянию дать согласие на медицинское вмешательство, в случае отказа от медицинского вмешательства обязан подписать отказ от медицинского вмешательства.
		7. В случае такого отказа **Исполнитель** признает это отказом от получения соответствующего медицинского вмешательства, данное медицинское вмешательство **Пациенту** не оказывается до момента получения добровольного информированного согласия.
1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
	1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до истечения срока пребывания Пациента в стационаре.
	2. Договор считается продленным на тех же условиях на следующий период пребывания, равный предыдущему периоду пребывания, в случае внесения Заказчиком 100 % предварительной оплаты за него в срок не позднее дня окончания действия договора.В порядке, предусмотренном данным пунктом, договор может продлеваться неограниченное количество раз.
	3. Условия договора могут быть изменены по соглашению между **Заказчиком** и **Исполнителем** путем оформления в письменной форме дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.
	4. Договор может быть расторгнут по соглашению между **Заказчиком** и **Исполнителем**, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора **Стороны** несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
	2. **Исполнитель** не несет ответственности перед **Заказчиком** и **Пациентом** в случаях:
		1. Невыполнения или ненадлежащего выполнения **Пациентом** предписанных профилактических и лечебных мероприятий, несоблюдения распорядка дня в стационаре, режима приема лекарственных препаратов и других предписаний, условий настоящего договора, в том числе пункта 3.4.6.
		2. Предоставления **Исполнителю** недостоверных или неполных данных о состоянии здоровья **Пациента**, наличии противопоказаний для пребывания в стационаре (острые воспалительные или вирусные заболевания и инфекции, психические заболевания в стадии обострения, туберкулез и иные болезни, требующие срочного помещения **Пациента** для лечения в специализированное лечебное учреждение), а также в случае выявления противопоказаний, ранее не выявленных или не указанных в представленных медицинских документах.
		3. Возникновения у **Пациента** аллергических реакций и индивидуальной непереносимости к разрешенным к применению препаратам и материалам, о реакции на которые **Пациентом** не было сообщено **Исполнителю** и которые не могли быть выявлены перед проведением медицинского вмешательства.
		4. Невыполнения **Пациентом** каких-либо требований и указаний Исполнителя, не противоречащих настоящему договору.
		5. Непредоставления медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, в случае отказа от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.
		6. Неявки **Пациента** в день поступления в стационар без согласования с Исполнителем в сроки, установленные пунктом 3.5.4 настоящего договора.
	3. В случае невозможности исполнения настоящего договора, возникшей по вине **Заказчика** и (или) **Пациента**, в том числе в случаях, предусмотренных в п. 5.2 настоящего договора, услуги по настоящему договору подлежат оплате в полном объеме. При этом **Исполнитель** должен уведомить **Заказчика** по телефону, электронной почте или иным доступным способом о невозможности исполнения настоящего договора.
	4. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, З**аказчик** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные им расходы.
	5. **Заказчик** вправе отказатьсяот исполнения настоящего договора при условии оплаты фактически понесенных **Исполнителем** расходов. Отказ от договора оформляется путем направления **Исполнителю** письменного уведомления об отказе от исполнения договора. В случае отказа **Заказчика** от договора **Исполнитель** вправепотребовать от **Заказчика** выплаты денежной компенсации в размере стоимости 3 дней пребывания в стационаре.
	6. **Стороны** освобождаются от ответственности за неисполнение либо за ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, если докажут, что неисполнение принятых ими на себя обязательств произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.
	7. **Исполнитель** не несет ответственности за принесенные с собой и оставленные без присмотра ценные вещи, деньги, иное имущество **Пациента**.
	8. В случае если по истечении срока пребывания в стационаре Пациент не покинул стационар, Заказчик оплачивает пребывание Пациента в стационаре в соответствии с действующим на момент оказания услуг Прейскурантом.
3. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**
	1. Все споры, возникшие из настоящего договора, решаются **Сторонами** в досудебном порядке путем направления письменных претензий. Претензия в адрес **Исполнителя** направляется по юридическому адресу **Исполнителя**, в адрес **Заказчика** – по месту регистрации **Заказчика**, указанному в настоящем договоре. Срок рассмотрения претензии составляет 10 дней.
	2. При недостижении согласия в порядке, предусмотренном в п. 6.1 настоящего договора, все неурегулированные **Сторонами** споры разрешаются в суде по месту нахождения **Исполнителя**.
4. **ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
	1. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для **Исполнителя**, **Заказчика** и **Пациента**.
	2. Подписанием настоящего договора **Заказчик** подтверждает, что до заключения настоящего договора **Заказчик**, а также **Пациент** в присутствии **Заказчика**:

- ознакомлены с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи,

- в доступной форме проинформированы 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.

* 1. **Пациент** дает согласие на предоставление информации, связанной с заключением и исполнением настоящего договора, в том числе содержащую врачебную тайну, следующим лицам:

ФИО **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ,

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Конт. тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Исполнитель** принимает **Пациента** и осуществляет выписку **Пациента** с 10.00 до 12.00.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель****Общество с ограниченной ответственностью «Современная Медицинская Служба»**Юридический адрес: 188300 Ленинградская область, г. Гатчина, пр. 25 Октября, д.16Фактический адрес: 188300, Ленинградская область, г. Гатчина, ул. Достоевского, д. 8Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.07.2010, серия 47, номер 002940328, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 7 по Ленинградской области.Тел./факс 8(81371)- 922-67ИНН \ КПП 4705050382 / 470501001ОГРН 1104705002203р\сч. 40702810710630008582к\сч. 30101810300000000811Филиал № 7806 ВТБ 24 (ПАО) г. Санкт-ПетербургБИК 044030811ОКПО 65531501www.smeds.ru , E-mail: smservise@qtn.ru Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Лебедева  | **Заказчик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись расшифровка подписи**Пациент**Экземпляр договора получен на руки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка подписи |

* 1. Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** в соответствии с лицензией № ЛО-47-01-000859 от 12.13.2013, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (г. Санкт – Петербург, Невский пр., д. 113), тел. (812) 717-65-01, на осуществление работ (услуг). В соответствии с лицензией **Исполнитель** выполняет следующие работы (услуги): 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гериатрии; кардиологии; неврологии; физиотерапии; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гериатрии; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; физиотерапии.
1. **АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ**