**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № \_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

(законного представителя)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** |  **«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.** |

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель»,

 (Ф.И.О. законного представителя)

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Законный представитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок ожидания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки ожидания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.4. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_и на информационных стендах.

1.5. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.3. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Законный представитель информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Законный представитель подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в Учреждении:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Законного представителя.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Законный представитель ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Законным представителем в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств; по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Законному представителю выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Законного представителя на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Законный представитель произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Законного представителя информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента/Законного представителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом Пациента/Законного представителя. Без согласия Пациента/Законного представителя Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Законный представитель обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.3.3. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.4. Обеспечить соблюдение режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правил поведения Пациентом при нахождении в Учреждении.

4.3.5. Обеспечить явку Пациента в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Законный представитель обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.6. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

4.3.7. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе, к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Законный представитель имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Законный представитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Законный представитель вправе требовать возврата денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Законный представитель подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Законного представителя.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Учреждение**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Заместитель главного врача по экономическим вопросам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черепанова В.В.  (подпись)  М.П. | **Законный представитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)Банковские реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в случае безналичного расчета) |

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № \_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для законного представителя – иностранного гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** | **«**\_\_\_**»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **202\_\_г.** |

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель»,

 **(**Ф.И.О. законного представителя)

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой Стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.4 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Законный представитель подтверждает, что Пациент не является лицом, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

1.3. Законный представитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.4. Срок ожидания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки ожидания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.5. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_ и на информационных стендах.

1.6. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.4. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул).

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Законного представителя.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Законный представитель ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Законным представителем в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств; по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Законному представителю выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Законного представителя на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Законный представитель произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Законного представителя информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента/Законного представителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом Пациента/Законного представителя. Без согласия Пациента/Законного представителя Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Законный представитель обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.3.3. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.4. Обеспечить соблюдение режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правил поведения Пациентом при нахождении в Учреждении.

4.3.5. Обеспечить явку Пациента в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Законный представитель обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.6. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.4. Договора.

4.3.7. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Законный представитель имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Законный представитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Законный представитель вправе требовать возврата денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Законный представитель подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Законного представителя.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Учреждение**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Заместитель главного врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Черепанова В.В.  (подпись)  М.П. | **Законный представитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)Паспорт, либо иной документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  (заполняется в случае безналичного расчета) |

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № \_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для физического лица и плательщика)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** |  **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.** |

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. Пациента)

именуемый(ая) в именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», со второй стороны, и  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (Ф.И.О. Плательщика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Плательщик», с третьей Стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Плательщик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок ожидания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки ожидания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.4. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_ и на информационных стендах.

1.5. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.3. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Пациент информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в Учреждении:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Пациент/Плательщик ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Плательщиком в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Плательщику выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Плательщика на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Плательщик произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правила поведения при нахождении в Учреждении.

4.3.4. Обеспечивает явку в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Пациент обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.5. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

4.3.6. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.5. Плательщик обязуется:

4.5.1. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Пациент вправе требовать возврат денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Пациент подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Пациента.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Учреждение**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Заместитель главного врача по экономическим вопросам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черепанова В.В.  (подпись)  М.П.М. | **Плательщик**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) (Ф.И.О.) М.П. |  | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)  Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(заполняется в случае безналичного расчета) |

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР № \_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для физического лица)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** |  **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.** |

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и Гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Пациент добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок ожидания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки ожидания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.4. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_ и на информационных стендах.

1.5. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.3. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Пациент информирован о возможности получения медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент подтверждает свое осознанное согласие на получение платных медицинских услуг в Учреждении:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Пациент ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Пациенту выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Пациента на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Пациент произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.3.3. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в Учреждении.

4.3.5. Обеспечить явку в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Пациент обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора

4.3.6. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.3. Договора.

4.3.7. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Пациент вправе требовать возврат денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Пациент подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Пациента.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Заместитель главного врача по экономическим вопросам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черепанова В.В.  (подпись)  М.П.М. | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)  Банковские реквизиты:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (заполняется в случае безналичного расчета) |

**ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 Вашем состоянии здоровья.**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

(для физического лица – иностранного гражданина)

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Барнаул** | **«**\_\_\_**»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **202\_\_г.** |

**федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)** (свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серии 22 № 003577782, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 25.05.2012, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-22/00334915 от 04.10.2019, выданная бессрочно Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю (Управление Росздравнадзора по Алтайскому краю), адрес: 656011, г. Барнаул, пр. Ленина, д.145, тел./факс (3852)-22-65-48, тел./факс 22-65-71, именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Черепановой В.В., действующей на основании доверенности № 28 от 20.09.2022 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. Пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), указанные в п.1.3 настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Пациент подтверждает, что не является лицом, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

1.3. Пациент добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказываемую медицинскую помощь (медицинские услуги) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.3. Срок ожидания, наименование и объем медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование предоставляемой платной медицинской услуги | Количество услуг | Сроки ожидания платных медицинских услуг |
| Начало  | Окончание |
| 1 |  |  |  |  |

1.4. С полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, можно ознакомиться на официальном сайте Учреждения https://www.orthobarnaul.ru/\_и на информационных стендах.

1.5. Срок ожидания платных медицинских услуг определяется в соответствии с п.1.3. Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул).

2.2. Учреждение оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору по адресу: 656045, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через колл-центр Учреждения либо самостоятельно на сайте Учреждения. Телефон для справок: 8(385-2) 297-500. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинской(их) услуг(и) составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 коп. без учета НДС в соответствии с действующим на момент заключения Договора Прейскурантом цен Учреждения, с которым Пациент ознакомлен перед заключением настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем онлайн-оплаты с применением банковских карт и иных технологий оплаты (по QR-коду, иное) согласно Инструкции, размещенной на официальном сайте Учреждения (в случае заключения договора дистанционно); внесения в кассу Учреждения наличных денежных средств, по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения или по безналичному расчету с применением банковских карт. В подтверждение произведенной оплаты Пациенту выдается соответствующий документ (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена по соглашению сторон с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказания медицинских услуг и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств, перечисленных по безналичному расчету, осуществляется по заявлению Пациента на расчетный счет или ту же банковскую карту, с которых Пациент произвел расчет по настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Учреждение обязуется:

4.1.1. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора и требованиями действующего законодательства в области здравоохранения.

4.1.2. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости по Прейскуранту, условиях их предоставления, а также сведения о квалификации специалистов.

4.1.3. После исполнения договора выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке, установленном приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» .

4.1.4. Хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Учреждение обязано предупредить об этом пациента. Без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2. Учреждение имеет право:

4.2.1. Определять длительность (сроки) лечения, объем лечебно-диагностических услуг.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.3.2. Своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;

4.3.3. Сообщить достоверные необходимые для качественного оказания медицинской услуги все сведения о наличии заболеваний, противопоказаний к применению, каких-либо лекарств или процедур, а также информацию, влияющую на оказание медицинских услуг.

4.3.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в Учреждении.

4.3.5. Обеспечить явку в день госпитализации. При невозможности своевременного прибытия по уважительной причине, Пациент обязан заблаговременно предупредить сотрудников Учреждения через колл-центр Учреждения тел. 8(385-2) 297-500. В случае неявки Пациента, Учреждение оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Пациенту в порядке «живой» очереди и (или) через назначение новой даты ее оказания, с учетом условий срока действия Договора, согласно п. 7.2 настоящего Договора.

4.3.6. Заблаговременно информировать Учреждение о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени начала получения медицинской услуги, указанной в п. 1.4. Договора.

4.3.7. Точно выполнять требования сотрудников Учреждения (в том числе к забору материала), обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинских услуг.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг.

4.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины в его действиях в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам оказания медицинских услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания медицинской услуги;

- потребовать возврата стоимости неоказанной медицинской услуги;

- потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор в установленном законном порядке.

5.3. В отношении иных оснований, в рамках исполнения обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств, но в любом случае срок действия Договора устанавливается не более 12 месяцев с момента его заключения. В случае истечения срока действия Договора, Пациент вправе требовать возврат денежных средств или заключить новый Договор.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее 5-ти рабочих дней до момента расторжения Договора.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

7.6. Договор составлен на русском языке. Подписывая договор, Пациент подтверждает, что владеет русским языком и текст договора ему понятен.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.8. Обращения (жалобы) могут быть направлены в письменном виде на почтовый адрес Учреждения: 656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3 либо в электронной форме на адрес электронной почты: 297501@mail.ru либо размещены в личном кабинете Пациента.

7.9. При предъявлении Законным представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Учреждение рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул)УФК по Алтайскому краю (ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул), л/с 20176Ш58250)656045, РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Ляпидевского, 1/3297501@mail.ru, тел: (3852)297-501, 297-510Сайт: https://www.orthobarnaul.ru/ИНН 2225130700, КПП 222501001к/с 40102810045370000009р/с 03214643000000011700БИК 010173001Отделение Барнаул Банка России//УФК по Алтайскому краю г. БарнаулОГРН 1122225006903, ОКПО 38755480, ОКВЭД 86.10ОКТМО 01701000, КБК 00000000000000000130Заместитель главного врача по экономическим вопросам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Черепанова В.В.  (подпись)  М.П.М. | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия, номер)Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.) Банковские реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 (заполняется в случае безналичного расчета)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**(первичная медико-санитарная помощь)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь
 **(ненужное зачеркнуть)**

в федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Барнаул)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован о применяемом лекарственном препарате, в том числе применяемом в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению, о его безопасности, ожидаемой эффективности, степени риска для пациента, а также о действиях пациента в случае непредвиденных эффектов влияния лекарственного препарата на состояние здоровья пациента.

Я ознакомлен (а) с Правилами поведения пациентовв ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул) и Правилами внутреннего распорядка дня для пациентов ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Барнаул).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)