**ДОГОВОР № \_\_\_\_/18**

**об оказании платных медицинских услуг**

**08.10.2018г г. Махачкала**

Гражданин(ка) **Ботаева Гульзар Муртузалиевна** медицинская карта **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** тел. 8-961-836-83-60 именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (законный представитель Потребителя), с одной стороны, и ГБУ РД «Республиканский ортопедо-травматологический центр» ЕГРЮЛ 2080561003719 (Инспекция ФНС по Ленинскому району г. Махачкалы РД), лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО05-01-001198 от 28.09.2015г.выданный (Министерство Здравоохранения Республики Дагестан), и лицензия № ФС-05-01-000669 от 03.ноября 2017г выданный (Федеральной службой по надзору в сфере Здравоохранения) тел. 8 (8652) 56-65-78), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Кадиев М.А** действующий на основании устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его желанию с учетом медицинских показаний и в соответствии с перечнем услуг Исполнителя платные медицинские услуги, отвечающие требованиям к профессиональной медицинской деятельности, юридическим, профессиональным и этическим нормам, а также основанной на использовании медицинских изделий, разрешенных к применению на территории РФ в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, а Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Исполнитель обязуется на основании обращения Потребителя оказать ему на возмездной основе медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить данные услуги в срок, обусловленный настоящим Договором.

Ф.И.О. лечащего врача (категория**) врач травматолог-ортопед Рабаданов М.М.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Медицинские услуги*** | ***Код услуги*** | ***Кол-во процедур*** | ***Цена услуги, руб.*** | ***Сумма услуги, руб.*** | ***Врач*** |
| ***20.05.2018г*** | ***Количество***  ***Койко-дней*** |  | ***13*** | ***750*** | ***9750*** |  |
|  | ***Спинномозговая анестезия*** |  | ***1-2 часа*** |  | ***5500*** | ***Махова А.М.*** |
| ***Предварительно***  ***10.05.2018г*** | ***Операция***  ***Тотальное Эндопротезирование левого тазобедренного сустава*** | ***6-я категория сложности*** | ***1*** | ***35000*** | ***35000*** | ***Раджабов М.О.***  ***Рабаданов М.М.***  ***Шапиев М.А.*** |
|  | **Эндопротез ножка бедренная** |  | ***1*** | **45851** | **45851** |  |
|  | **чашка** |  | ***1*** | **17139** | **17139** |  |
|  | **вкладыш** |  | ***1*** | **14004** | **14004** |  |
| ***Послеоперационные исследования*** | | | | | | |
|  | **Анализ крови** |  | **1** | **350** | **350** |  |
|  | ***Анализ мочи*** |  | **1** | **250** | **250** |  |
|  | ***Контрольная рентгенограмма*** |  | **1** | **500** | **500** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Сервисные услуги** | | | | | | |
|  | **Отдельная палата** |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | **138727 (сто тридцать восемь тысяч семьсот двадцать семь ) рублей** | | | | | |

**1.3. Потребитель при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, стоимостью и условиями их предоставления.**

1.4. При заключении Договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая сведения о порядках оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения, относящиеся к предмету Договора. По требованию Потребителя могут быть предоставлены для ознакомления копия учредительного документа учреждения – юридического лица, участвующего в предоставлении платных медицинских услуг и копия лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии лицензией.

1.5. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения: 367000, г. Махачкала, ул. Р. Гамзатова д. 82, проведение лечения возлагается на врача, который вместе с Исполнителем несет солидарную ответственность за качество предоставленных медицинских услуг.

1.6. Результатом оказания платных медицинских услуг Потребителю является запись в медицинской документации, отражающая состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, выдаваемое Потребителю (Заказчику) на руки или актом приема-сдачи выполненных работ.

1.7. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

1.8. Медицинская услуга оказывается согласно графику прохождения процедур, который Исполнитель выдает Потребителю на момент заключения настоящего договора.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1 Исполнитель вправе:**

2.1.1. Самостоятельно с согласия Потребителя определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги, не приступать к оказанию услуг, если имеет место нарушение Потребителем своих обязанностей, которое препятствует исполнению Договора Исполнителем.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=EDD83F8CD76C8CE0D223A41C99A90A40B7FC2F87760C78F14D9DEC8AC7i7R8J) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.3. Требовать от Потребителя соблюдения: графика прохождения процедур, внутренних правил пребывания в Центре режима приема лекарственных препаратов, режима питания, правил техники безопасности и пожарной безопасности и других предписаний.

2.1.4. С уведомления Потребителя вносить изменения в лечение. Приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если обусловленное договором исполнение Потребителем своих обязанностей не произведено в установленный срок и в случае неисполнения Потребителем Правил внутреннего распорядка. При этом Исполнитель возмещает Потребителю стоимость оплаченных, но недополученных медицинских услуг.

**2.2. Исполнитель обязан:**

2.2.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации специалистов.

2.2.2. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2.3. Предоставлять Потребителю информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме. Информировать Потребителя о возможных осложнениях при проведении данного вида медицинской услуги.

**2.3. Потребитель вправе:**

2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.3.2. Знакомиться с ходом оказания медицинских услуг.

2.3.3. Выбирать лечащего врача (с учетом его согласия).

2.3.4. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результатов анализа и т.п.

2.3.5. **Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.**

2.3.6. Знакомиться с медицинской документацией "Исполнителя", имеющей непосредственное отношение к предоставляемым по Договору медицинским услугам.

**2.4. Потребитель обязан:**

2.4.1. До оказания медицинской услуги сообщить врачу сведения о состоянии своего здоровья, информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4.2. Точно и в срок выполнять все назначения врача, своевременно сообщать лечащему врачу об изменениях своего самочувствия.

2.4.3. Соблюдать график приема врачей-специалистов, режим лечения, правила поведения в медицинской организации.

2.4.4. Оплачивать медицинские услуги в сроки и в порядке, указанном в настоящем Договоре.

**2.5.** **Стороны обязуются** хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно прейскуранту, по настоящему договору составляет

**138727 (сто тридцать восемь тысяч семьсот двадцать семь ) рублей**

3.2. В стоимость лечения включены все процедуры, которые оказываются на протяжении всего периода лечения.

3.3. Оплата услуг может осуществляться с согласия Потребителя в порядке 100% оплаты за оказания медицинских услуг, указанных в п.1.1. настоящего договора, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления на банковский счет, согласно утвержденному Прейскуранту цен на платные медицинские услуги.

3.4. Потребителю (Заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг – контрольно-кассовый чек и акт выполненных работ.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в размере реально причиненного ущерба.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошли по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за качество расходного материала, приобретенного Потребителем самостоятельно и используемого во время осуществления лечении.

4.4. Потребитель (Заказчик) обязан возместить Исполнителю убытки, вызванные неисполнением обязанностей по договору или противоправными действиями Потребителя (Заказчика).

**5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Все споры, претензии и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами и привлечения экспертов, а в случае не достижения сторонами согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ.

5.2. В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, а в случае недостижения сторонами согласия, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке.

5.3. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**6. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ**

6.1 ГБУ РД РОТЦ им. Н..Ц. Цахаева имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-05-01-001198 от 28.09.2015г. (Министерство Здравоохранения Республики Дагестан), и лицензия № ФС-05-01-000669 от 03.ноября 2017г (Федеральная служба по надзору в сфере Здравоохранения). Адрес лицензирующего органа: Территориальный орган Росздравнадзора по РД 367020, Россия Республика Дагестан, г. Махачкала, Буганова 17 «б» тел. 63-71-57 и Минздрав по РД 367000 Россия РД г. Махачкала, ул. Абубакарова 10 тел,68-28-03.

ГБУ РД РОТЦ им. Н.Ц. Цахаева , в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности №ЛО05-01-001198 от 28.09.2015г. бессрочно выданный (Министерство Здравоохранения Республики Дагестан), и лицензия № ФС-05-01-000669 от 03.ноября 2017г бессрочно выданный (Федеральная служба по надзору в сфере Здравоохранения., оказываются следующие виды работ (услуг):Работы (услуги), выполняемые:

При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие виды работ (услуг): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу. Физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, травматологии и ортопедии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, травматологии.

При оказании специализированной, в том числе и высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологической медицинской помощи в стационарах условиях по: травматологии и ортопедии.

**6**.**2. Исполнитель настоящим договором подтверждает, что Потребителю разъяснено право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий. (приложение № 1 являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).**

6.3. В случае отсутствия по уважительной причине врача, указанного в п.1.2. договора, Исполнитель назначает другого специалиста для оказания услуги.

**7.КОНФЕДИЦИАЛЬНОСТЬ**

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

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Исполнителем услуги (подтверждением получения Исполнителем услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни, а так же актом сдачи-приемки выполненных услуг).

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами, либо их уполномоченными представителями.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

**9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Исполнитель** |  |  | **Потребитель** |
| **ГБУ РД Республиканский ортопедо-травматологический центр им. Н.Ц. Цахаева** |  |  | **Ф.И.О Ботаева Гульзар Муртузалиевна 22.01.1950г.р.** |
| 367002 г. г. Махачкала ул. Р. Гамзатова 82  тел:67-07-64, 67-07-46  ИНН 0561039885 КПП 056101001  Р/сч.40601810100001000001  л/с20036Ш55500 УФК по РД г. Махачкала  БИК 048209001 ГРКЦ НБ РД г. Махачкала МП |  |  | Паспорт Серия № 8201 393456  выдан Каякентским РОВД РД  дата выдачи: 22.05.2001г.  Адрес: РД Каякентский район ул. Усемикент  ул. Мира д.5 |
| М.А.Кадиев \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Потребитель  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**АКТ**

**СДАЧИ-ПРИЕМКИ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ (УСЛУГ)**

**«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018г. г. Махачкала**

ГБУ РД «Республиканский ортопедо-травматологический центр», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Кадиев Марат Абдуллаевич действующий на основании устава с одной стороны, и

**Ботаева Гульзар Муртузалиевна 22.01.1950 г.р**

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, подписали настоящий Акт о нижеследующем:

1. Медицинские услуги согласно Договору на оказание платных медицинских услуг **№ 25/18 от 08.05.2018г** . выполнены в полном объеме.

2. Настоящий Акт составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Данные обследования и выписку из медицинской карты стационарно больного с рекомендациями на руки получены.

**СУММА**  **138727 (сто тридцать восемь тысяч семьсот двадцать семь ) рублей**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Исполнитель** |  |  | **Потребитель** |
| Главный врач ГБУ РД |  |  | **Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| РОТЦ им. Н.Ц. Цахаева  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Потребитель  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

М.А.Кадиев МП

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Дата «**08»05.2018г.,**

Исполнитель **ГБУ РД РОТЦ им. Н.Ц. Цахаева**, доводит до сведения Потребителя

(Заказчика)  **Ботаева Гульзар Муртузалиевна 22.01.1950г.р** что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Подписав настоящий Договор, Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной

основе. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.(подпись потребителя)

Приложение №1

К договору на оказание,

платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Информированное согласие об объеме**

**и условиях оказания медицинских услуг**

**Я.** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г желаю получить платные медицинские услуги в ГБУ РД «Республиканском ортопедо травматологическом центре»(далее РОТЦ), при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников РОТЦ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в РОТЦ в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

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

3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых методам диагностики, профилактики и лечения, разращённым на территории РФ, РОТЦ не несет ответственности за их возникновение.

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

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения(уговоров) и по согласованию с врачом выбраны следующие виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в РНОТЦ, и согласен(а) их оплатить

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

указать вид платных медицинских услуг

6. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу(наличными или через терминал РОТЦ) в сумме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать прописью полную сумму платных медицинских услуг

8. Я проинформирован(а). что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждения, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в РОТЦ.

9. настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение

Потребитель (заказчик):

ФИО паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_