Договор на предоставление платных медицинских услуг
в условиях дневного/круглосуточного стационара

г. Санкт-Петербург «____» _____ 20__ год

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании доверенности _____, с одной стороны, и

[**фамилия, имя, отчество (при наличии)/законного представителя потребителя**], именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Настоящий договор составлен и действует в соответствии со следующими нормативными актами:

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Постановление Правительства РФ от 30.05.2026г. №659

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 25.03.2020 г. № ЛО41-00110-47/00337229, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные Потребителю медицинские услуги.

2.2. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель - [**фамилия, имя и отчество (при наличии)**], [**дата рождения**].

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Лицензией и действующим Прейскурантом, расположенными на сайте Исполнителя.

3.1.2. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

3.1.3. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, а также о прочих возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению/увеличению объема медицинской помощи.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов, нарушении правил техники безопасности и пожарной безопасности, а также режима работы учреждения.

3.2.3. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.2.4. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг Потребителю при наличии у него задолженности перед Исполнителем по другим договорам предоставления платных медицинских услуг.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.4. Заказчик вправе:

3.4.1. В доступной для него форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, 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.

3.4.2. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Предварительная стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, указанная в Приложении №1, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом на предоставление платных медицинских услуг (далее – Прейскурант) и предварительной сметой (Приложение №1) на предоставление платных медицинских услуг. Приложение №1 является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Фактическая стоимость оказанных услуг определяется по завершению оказания услуг в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент поступления Потребителя в стационар.

4.2. Заказчик оплачивает до 70% предварительной стоимости услуг, указанных в Приложении №1 настоящего договора, не позднее 1 (одного) дня после поступления Потребителя в клинику Исполнителя. Окончательный расчет за

фактически оказанные услуги Заказчик производит в день выписки Потребителя из стационара Исполнителя после подписания Акта об оказании услуг Заказчиком.

4.3. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Потребителю дополнительных услуг, в том числе и по просьбе Заказчика(Потребителя).

4.4. При сокращении сроков лечения и изменения объемов оказываемых услуг, которые повлекли уменьшение стоимости лечения, Исполнитель гарантирует возврат неиспользованных средств Заказчику.

4.5. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

4.6. Оплата услуг по договору может быть произведена всеми доступными в Российской Федерации способами.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

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

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Заключительные положения

7.1. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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.

7.2. Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде:

Минздрав России	127994, ГСП-4, Москва, Рахмановский пер., д. 3	info@minzdrav.gov.ru
Росздравнадзор	197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, дом 4, литера А	info@reg78.roszdravnadzor.gov.ru
Роспотребнадзор	191025, Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19	uprav@78uospotrebnadzor.ru

7.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Заказчик (Потребитель) подтверждает, что уведомлен о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ Потребитель обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России _____[инициалы, фамилия]

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель
ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России
196603, СПб, г. Пушкин, ул. Парковая, д. 64 Лит.Б
ОГРН 1027809001956
ИНН 7820009821, КПП 782001001
УФК по Нижегородской области (ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России л/сч. 20726Х21330)
р/сч 03214643000000013225
ОКЦ №1 ВВГУ Банка России // УФК по Нижегородской области г. Нижний Новгород
БИК 014030106
к/сч. 40102810745370000024
ОКПО 01966510
ОКТМО 40397000000

_____ /_____/
М.П.

Заказчик
Законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени потребителя):
[**фамилия, имя и отчество (при наличии)**],
проживающий по адресу: [**адрес места жительства**]
[**иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения**]
паспорт: [**данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя**]
телефон: [**указать номер**]
Полномочия законного представителя: [статус] [документ, подтверждающий полномочия законного представителя]

_____[**инициалы, фамилия**]

Потребитель
_____[**инициалы, фамилия**]

Приложение № 1

к Договору № ____ от _____

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СМЕТА
затрат на стационарное лечение

№ п/п	Наименование услуги	Код услуги	Цена, руб.	К-во	Стоимость, руб.
ИТОГО					

Дата составления _____

В целях непрерывности предоставления платной медицинской помощи по настоящему Договору даю согласие на изменение итоговой суммы лечения не более, чем на _____% от итоговой суммы, указанной в Предварительной смете, вызванной изменением перечня и/или количества оказываемых платных медицинских услуг **по медицинским показаниям**.

Заказчик _____[**инициалы, фамилия**]

Исполнитель
ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России

_____ /_____/
М.П.

Заказчик
Законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени потребителя):
[**фамилия, имя и отчество (при наличии)**]

_____[**инициалы, фамилия**]
Потребитель
_____[**инициалы, фамилия**]