**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**об оказания платных медицинских услуг**

**г. Сосновый Бор «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.**

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 5» города Сосновый Бор (далее – Учреждение), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 03.03.2016г. регистрационный номер ЛО-47-01-001381 выданной бессрочно Комитетом по здравоохранению Ленинградской области, зарегистрировано постановлением мэра г. Сосновый Бор Ленинградской области от 18.04.1995г. № 381 (свидетельство о государственной регистрации серия ЛО-002 № 11288, выдано Учреждением юстиции – Ленинградской областной регистрационной палатой), ОГРН 1024701759961, ИНН 4714014180, Положения об оказании платных услуг, именуемое в дальнейшем – ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице заведующего Барышниковой Елены Ивановны, действующей на основании Устава, и

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя несовершеннолетнего лица с 3 до 8 лет)

именуемый(ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, действующий в интересах несовершеннолетнего именуемого в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, ребенка, (при наличии) дата рождения)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

с указанием индекса)

совместно именуемые СТОРОНЫ, заключили настоящий ДОГОВОР о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет, а ЗАКАЗЧИК оплачивает предоставление платных медицинских услуг ЗАКАЗЧИКУ при наличии соответствующих рекомендаций врачей-специалистов медицинских учреждений и направления врача-физиотерапевта МБДОУ «Детский саж № 5».
	2. Наименование, продолжительность предоставления одной услуги (процедуры), и её стоимость определены Перечнем тарифов на платные медицинские услуги, предоставляемые МБДОУ «Детский сад № 5», утвержденным Постановлением Администрации муниципального образования Сосновоборский городской округ Ленинградской области от 27.06.2018г. № 1480.
	3. Необходимым предварительным условием оказания услуг ЗАКАЗЧИКУ/ несовершеннолетнему ребенку ЗАКАЗЧИКА является информированное добровольное согласие ЗАКАЗЧИКА на медицинское вмешательство, составленное в соответствии с ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ (ред. от 03.04.2017г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Правил предоставления платных медицинских услуг в МБДОУ «Детский сад № 5». (Приложение № 1).
2. **Стоимость, сроки и порядок оплаты услуг**
	1. ЗАКАЗЧИК оплачивает платные медицинские услуги, назначенные врачом-специалистом из Перечня платных медицинских услуг предоставляемых в МБДОУ «Детский сад № 5» (п.1.2. Договора).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование услуги | Количество услуг | Стоимость одной услуги (процедуры) руб. | Сумма руб. | Сроки предоставления медицинских услуг |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |

* 1. Оплата платных медицинских услуг производится путем перечисления безналичным расчетом по квитанции на лицевой счет Учреждения.
	2. Услуга предоставляется после заключения договора при предъявлении документа, подтверждающего оплату.
	3. Увеличение стоимости услуги, указанной в Перечне тарифов на платные медицинские услуги, предоставляемые МБДОУ «Детский сад № 5», утвержденным Постановлением Администрации муниципального образования Сосновоборский городской округ Ленинградской области от 27.06.2018г. № 1480 не допускается, за исключением увеличения стоимости с учетом уровня инфляции.
	4. B случае пропуска ПОТРЕБИТЕЛЯ по уважительной причине и предоставлении документов, подтверждающих данный факт (напр., справка от врача) не предоставленные услуги по согласованию с ИСПОЛНИТЕЛЕМ переносятся на более поздний срок.
1. **Права и обязанности сторон**

* 1. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отказать ЗАКАЗЧИКУ в использовании назначений, рекомендаций сторонних врачей - физиотерапевтов, чья деятельность не связана трудовым договором, договором об оказании медицинских услуг с учреждением.
	2. ЗАКАЗЧИК вправе требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предоставления информации по вопросам организации и обеспечения надлежащего исполнения платных медицинских услуг.
	3. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:
		1. Организовать и обеспечить надлежащее предоставление услуги, предусмотренной п.1.2. настоящего договора, в полном объеме.
		2. Оказать платные медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия ЗАКАЗЧИКА.
		3. Предоставить ЗАКАЗЧИКУ по его требованию и в доступной форме информацию о состоянии здоровья ребенка в период прохождения назначенных процедур и ожидаемых результатах лечения.
		4. Уведомить ЗАКАЗЧИКА о нецелесообразности оказания ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинских услуг вследствие его индивидуальных особенностей, выявленных ограничений, делающих невозможным оказание данных услуг.
		5. Обеспечить помещением для проведения платных медицинских услуг, соответствующим санитарным и гигиеническим требованиям, а также оснащением, соответствующим предоставляемым медицинским процедурам.
		6. Во время оказания платной медицинской услуги обеспечить ребенку защиту от всех форм физического и психологического насилия, оскорбления личности, охрану жизни и здоровья.
	4. ЗАКАЗЧИК обязан:
		1. Своевременно оплатить предоставляемые платные медицинские услуги, точно выполнять назначение лечащих врачей, соблюдать график назначенных процедур.
		2. Самостоятельно, по согласованию с лечащим врачом приобретать расходные материалы и лекарственные средства для индивидуального лечения ребенка, с учетом их срока годности, за качество которых ИСПОЛНИТЕЛЬ ответственности не несет.
		3. До оказания платной медицинской услуги информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ о перенесенных ребенком заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, аллергических реакциях. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, составленное в соответствии с ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323 – ФЗ (ред. от 03.04.2017г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Правил предоставления платных медицинских услуг в МБДОУ «Детский сад № 5». (Приложение № 1).
1. **Ответственность за неисполнение или ненадлежащее**

**исполнение обязательств по договору, порядок разрешения споров**

* 1. Платная медицинская услуга завершается в момент окончания действий по принятым обязательствам.
	2. Платная медицинская услуга признается ненадлежащей, если предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо осуществлены недолжным образом, либо недолжного объема, либо не в должный срок.
	3. В случае предоставления ненадлежащей услуги или досрочного прекращения договора ЗАКАЗЧИК вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены оказанной услуги; возмещения убытков в размере реального ущерба.
	4. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности (ч.2 п.1 ст.401 Гражданского Кодекса РФ) за неисполнение или ненадлежащие исполнение платной медицинской услуги, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась от ИСПОЛНИТЕЛЯ (его персонала), он принял все меры для исполнения своих обязательств; неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги произошло в следствие непреодолимой силы; вред причинен в рамках обоснованного профессионального врачебного риска; если ЗАКАЗЧИК умышленно или по неосторожности скрыл или дал ИСПОЛНИТЕЛЮ ложную информацию о прошлых заболеваниях ребенка оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах имеющих отношение к настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующими законами РФ.
	5. Меры ответственности Сторон, не предусмотренные в настоящем Договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.
	6. Претензии и споры, возникшие между ЗАКАЗЧИКОМ и ИСПОЛНИТЕЛЕМ, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.
1. **Основания прекращения, изменения и расторжения договора**
	1. Настоящий договор может быть изменен или досрочно расторгнут по инициативе ЗАКАЗЧИКА, при этом ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
	2. Платная медицинская услуга завершается в момент окончания действий по принятым обязательствам.
2. **Заключительные положения**
	1. До заключения Договора ИСПОЛНИТЕЛЬ уведомил ЗАКАЗЧИКА о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ИСПОЛНИТЕЛЯ (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
	2. Настоящий Договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до окончания предоставления платных медицинских услуг.
	3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному каждой из сторон.
	4. Все приложения к Договору являются его неотъемлемой частью.
	5. ЗАКАЗЧИК дает согласие на обработку своих персональных данных и ПОТРЕБИТЕЛЯ в рамках ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

**Реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ЗАКАЗЧИК:** |
| Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 5» города Сосновый Бор188540, Ленинградская область, г. Сосновый Бор, ул. Солнечная, д. 1, тел. (881369) 2-18-57, (881369) 2-19-57.Заведующий МБДОУ «Детский сад № 5» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.И. Барышникова «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. М.П.  | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |

Второй экземпляр получен на руки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

*Договор действителен при наличии платежного документа (чека, квитанции).*

**Приложение № 1**

 к Договору об оказании платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

 (ФИО ЗАКАЗЧИКА),

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на предложенное моему ребенку,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО несовершеннолетнего ребенка ПОТРЕБИТЕЛЯ, дата рождения)

чьим Законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, медицинское вмешательство: 1) опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза; 2) осмотр; 3) прием (диагностика, аппаратное лечение, использование медикаментов, иные услуги, перечисленные в Договоре) медицинскими работниками

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, ФИО медработников)

* доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Подпись Заказчика/Законного представителя несовершеннолетнего ребенка

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

Подпись медицинских работников

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