



**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СОВЕТСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
(БУ «СОВЕТСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»)**

ПРИКАЗ

от 9 января 2024 года
п. Алябьевский

№ 8

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРИМЕРНЫХ ФОРМ ДОГОВОРОВ НА
ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

В соответствии с пунктами 22, 23 Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Примерную форму договора на предоставление платных медицинских услуг физическим лицам, приложение 1;

1.2. Примерную форму договора на предоставление платных медицинских услуг юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, приложение 2.

2. Планово-экономическому отделу подготавливать проекты договоров на предоставление платных медицинских услуг юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, согласно приложению 2 с учетом соглашений, достигнутых с контрагентами.

3. Признать утратившим силу приказ БУ «Советская психоневрологическая больница» от 13 января 2021 года № 30 «Об утверждении примерных форм договоров на оказание платных медицинских услуг».

4. Контроль за выполнением данного приказа возложить на заместителя руководителя по экономическим вопросам Дмитрию Е.В.

5. Дата ввода в действие настоящего приказа 15 января 2024 года.

Врио главного врача
Заместитель руководителя
по медицинской части

О.В. Ерёмина

Исполнитель:
Юрисконсульт 1 категории
Юдова Ю.Ю.

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг

п. / г. _____

« ____ » _____ 202_г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница» (БУ «Советская психоневрологическая больница»), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуем _____ в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Потребителю платные медицинские услуги согласно Перечню платных медицинских услуг (Приложение 1), а Потребитель обязуется оплатить услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.2. Виды платных медицинских услуг и их количество указаны в Перечне платных медицинских услуг (Приложение 1), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Срок предоставления платных медицинских услуг: _____.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.6. Место предоставления платных медицинских услуг:

- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Советский район, п.Алябьевский, тер.Промзона;
- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Югорск, ул.Таёжная, д.15;
- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Урай, проезд Студенческий, подъезд 24.

1.7. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности от 12.09.2019 № Л041-01193-86/00334425 (приказ/решение о внесении изменений в лицензию № 6929 от 29.07.2022), выданную Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (лицензия предоставлена на срок - бессрочно).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики.

2.1.2. Предоставить медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков

оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3.Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках).

2.1.4.Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.5.При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

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

2.1.7.Немедленно извещать Потребителя о невозможности предоставления медицинских услуг по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.Исполнитель вправе:

2.2.1.Требовать от Потребителя соблюдения:

- правил внутреннего распорядка Исполнителя;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.2.Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка Исполнителя и режима работы Исполнителя.

2.3.Потребитель обязуется:

2.3.1.Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.3.2.Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне учреждения Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на предоставление платной медицинской услуги.

2.3.3.Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4.Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.4.Потребитель имеет право:

2.4.1.На получение квалифицированных медицинских услуг.

2.4.2.Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.3.В любой момент отказаться от медицинских услуг с оплатой за фактически оказанные услуги.

2.4.4.Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1.Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых согласно Перечню платных медицинских услуг (Приложение 1), определяется в соответствии с Информацией о ценах на платные медицинские услуги, утвержденной приказом Исполнителя и составляет _____ (_____) рублей ____ копеек, НДС не облагается. Стоимость единицы платной медицинской услуги указана в Перечне

платных медицинских услуг (Приложение 1).

3.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при выявлении врачом симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к осуществлению отдельных видов деятельности), не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Потребитель заключает с Исполнителем дополнительное соглашение к настоящему договору либо новый договор, в котором указываются конкретные дополнительные медицинские услуги и их стоимость. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется в соответствии с Информацией о ценах на платные медицинские услуги, утвержденной приказом Исполнителя, действующей на дату заключения дополнительного соглашения к настоящему договору либо нового договора.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется в российских рублях, на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, с использованием платежных банковских карт (по месту нахождения Исполнителя), либо безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя, путём внесения 100 % предоплаты в период с даты заключения настоящего договора до даты начала оказания медицинских услуг.

3.4. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.5. После предоставления платных медицинских услуг Потребитель и Исполнитель подписывают Акт об оказанных услугах (Приложение 2).

3.6. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, объем предоставленных Потребителю медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо предоставление медицинских услуг в рамках настоящего договора окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически предоставленные медицинские услуги. Оставшаяся сумма, оплаченная Потребителем по настоящему договору, возвращается Потребителю.

3.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, с Потребителя удерживается сумма за фактически предоставленные медицинские услуги. Оставшаяся сумма, оплаченная Потребителем по настоящему договору, возвращается Потребителю.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

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

4.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях

предоставления Потребителем неполной информации в соответствии с п.2.3.2 настоящего договора или отказом Потребителя от дополнительных медицинских услуг, предусмотренных п.3.2 настоящего договора.

5. Конфиденциальность

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

5.2.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании (врачебная тайна).

6. Порядок разрешения споров

6.1.Все споры и разногласия между Сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2.До обращения Сторон в суд установлен обязательный претензионный порядок рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензии - 1 (один) месяц с даты её получения Стороной.

6.3.Для обращения в суд по поводу качества оказанных медицинских услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы качества медицинской услуги.

7. Срок действия договора и основания его расторжения

7.1.Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует по «__» _____ 202__г.

7.2.Договор может быть расторгнут до истечения срока его действия, при этом взаиморасчеты между Сторонами осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных в Разделе 3 настоящего договора:

7.2.1.по соглашению Сторон;

7.2.2.в одностороннем порядке Потребителем путем направления письменного уведомления в адрес Исполнителя в любое время до начала предоставления медицинских услуг, после начала предоставления медицинских услуг;

7.2.3.в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Потребителем принятых на себя обязательств по договору или невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя.

8. Прочие условия

8.1.Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по 1 (одному) для каждой из Сторон.

8.2.Изменения и дополнения вносятся в договор путём заключения Сторонами дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора.

8.3.Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что платные медицинские услуги, указанные в Приложении 1 к договору, не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Потребитель согласился на оказание ему услуг на платной основе.

8.4.После предоставления платной медицинской услуги Исполнитель выдаёт Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, об используемых при предоставлении платных

медицинских услуг медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Вышеуказанные медицинские документы выдаются Потребителю на основании его письменного заявления.

8.5. Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

8.6. Стороны признают юридическую силу документов, подписанных с помощью факсимильного воспроизведения подписи, включая настоящий Договор, дополнительные соглашения и приложения к нему, иные документы в рамках исполнения Договора.

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

9. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

бюджетное учреждение

Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Советская психоневрологическая больница»

Юридический / фактический адрес:

Российская Федерация, 628248,

Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, Советский район, п.Алябьевский,

территория Промзона

Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь, доб. 117 – регистратура)

Адрес электронной почты:

sekretar.spnd@mail.ru

ОГРН 1028601843929

ИНН 8615000049 КПП 861501001

ОКТМО 71824402101

ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229

ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203

Депфин Югры (БУ «Советская психоневрологическая больница», л.с. 620332120)

Казначейский счет 03224643718000008700

Единый казначейский счет

40102810245370000007

РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по

Ханты-Мансийскому автономному округу –

Югре г. Ханты-Мансийск

БИК 007162163

Потребитель:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

М.П.

_____ / _____ /

Приложение
к договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_г. № ____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № ____
к Договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_ года № ____

п. / г. _____ « ____ » _____ 202_г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница» (БУ «Советская психоневрологическая больница»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, именуем(а) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Предметом настоящего дополнительного соглашения является внесение изменений в Договор на предоставление платных медицинских услуг от « ____ » _____ 202_ года № ____ (далее – Договор).

2. Стороны пришли к соглашению внести на основании приказа БУ «Советская психоневрологическая больница» от « ____ » _____ 202_г. № ____ «О введении в действие цен на платные медицинские услуги» в Договор изменения следующего содержания:

2.1. Пункт 3.1 Договора изложить в следующей редакции:

«3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых согласно Перечню платных медицинских услуг (Приложение 1), определяется в соответствии с Информацией о ценах на платные медицинские услуги, утвержденной приказом Исполнителя и составляет _____ (_____) рублей ____ копеек, НДС не облагается. Стоимость единицы платной медицинской услуги указана в Перечне платных медицинских услуг».

2.2. Таблицу в Приложении 1 к Договору изложить в следующей редакции:

«

№ п/п	Виды платных медицинских услуг	Единица измерения	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
1					
2					
	ИТОГО:				

».

3. Остальные условия Договора, не затронутые настоящим дополнительным соглашением, остаются неизменными и Стороны подтверждают по ним свои обязательства.

4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами условий Договора.

5. Настоящее дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по 1 (одному) для каждой из Сторон.

Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:
бюджетное учреждение Ханты-Мансийского
автономного округа - Югры «Советская

Потребитель:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

психоневрологическая больница»
Юридический / фактический адрес:
Российская Федерация, 628248,
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Советский район, п.Алябьевский,
территория Промзона
Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь,
доб. 117 – регистратура)
Адрес электронной почты:
sekretar.spnd@mail.ru
ОГРН 1028601843929
ИНН 8615000049 КПП 861501001
ОКТМО 71824402101
ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229
ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203
Депфин Югры (БУ «Советская
психоневрологическая больница»,
л.с. 620332120)
Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет
40102810245370000007
РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по
Ханты-Мансийскому автономному округу –
Югре г. Ханты-Мансийск
БИК 007162163

Адрес места жительства:

Телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____

дата выдачи _____

кем выдан _____

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____

Приложение 1
к договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_г. № ____

**Перечень
платных медицинских услуг**

№ п/п	Виды платных медицинских услуг	Единица измерения	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
1					
2					
	ИТОГО:				

Исполнитель:

бюджетное учреждение
**Ханты-Мансийского автономного округа -
Югры «Советская психоневрологическая
больница»**
Юридический / фактический адрес:
Российская Федерация, 628248,
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Советский район, п.Алябьевский,
территория Промзона
Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь,
доб. 117 – регистратура)
Адрес электронной почты:
sekretar.spnd@mail.ru
ОГРН 1028601843929
ИНН 8615000049 КПП 861501001
ОКТМО 71824402101
ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229
ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203
Депфин Югры (БУ «Советская
психоневрологическая больница»,
л.с. 620332120)
Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет
40102810245370000007
РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по
Ханты-Мансийскому автономному округу –
Югре г. Ханты-Мансийск
БИК 007162163

Потребитель:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____

Паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____

Приложение 2
к договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_г. № ____

Акт об оказанных услугах
к договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_г. № ____

п. / г. _____

« ____ » _____ 202_г.

_____, именуем _____ в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница» (БУ «Советская психоневрологическая больница»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, удостоверяют, что платные медицинские услуги, предусмотренные договором, предоставлены в полном объеме и в установленный в договоре срок. Стороны финансовых и иных претензий друг к другу не имеют.

Исполнитель:

бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Советская психоневрологическая больница»
Юридический / фактический адрес:
Российская Федерация, 628248,
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Советский район, п.Алябьевский,
территория Промзона
Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь,
доб. 117 – регистратура)
Адрес электронной почты:
sekretar.spnd@mail.ru
ОГРН 1028601843929
ИНН 8615000049 КПП 861501001
ОКТМО 71824402101
ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229
ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203
Депфин Югры (БУ «Советская психоневрологическая больница»,
л.с. 620332120)
Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет
40102810245370000007
РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по
Ханты-Мансийскому автономному округу –
Югре г. Ханты-Мансийск
БИК 007162163

Потребитель:

(фамилия, имя и отчество (при наличии))
Адрес места жительства: _____

Телефон: _____
Паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____/

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг

п. / г. _____

« ____ » _____ 202_г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская психоневрологическая больница» (БУ «Советская психоневрологическая больница»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ (_____), именуем___ в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить работникам Заказчика, именуемым в дальнейшем **«Потребители»**, платные медицинские услуги согласно Перечню платных медицинских услуг (Приложение 1), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.2. Виды платных медицинских услуг и их количество указаны в Перечне платных медицинских услуг (Приложение 1), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Срок предоставления платных медицинских услуг: _____.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются Потребителям при наличии направления, выданного Заказчиком, с указанием даты и номера договора предоставления платных медицинских услуг, в рамках которого выдано направление, а также при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.6. Место предоставления платных медицинских услуг:

- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Советский район, п.Алябьевский, тер.Промзона;
- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Югорск, ул.Таёжная, д.15;
- Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Урай, проезд Студенческий, подъезд 24.

1.7. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности от 12.09.2019 № Л041-01193-86/00334425 (приказ/решение о внесении изменений в лицензию № 6929 от 29.07.2022), выданную Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (лицензия предоставлена на срок - бессрочно).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1.Предоставить медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики.
- 2.1.2.Предоставить медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.3.Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе;
 - об используемых при предоставлении платных медицинских услуг медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках).
- 2.1.4.Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
- 2.1.5.При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 2.1.6.Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителям услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.
- 2.1.7.Немедленно извещать Заказчика о невозможности предоставления медицинских услуг по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 2.1.8.Предоставить Заказчику информацию о результатах обследования в рамках проводимого медицинского осмотра.
- 2.2.Исполнитель вправе:
- 2.2.1.Требовать от Потребителя соблюдения:
- правил внутреннего распорядка Исполнителя;
 - правил техники безопасности и пожарной безопасности.
- 2.2.2.Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Потребителями правил внутреннего распорядка Исполнителя и режима работы Исполнителя.
- 2.3.Заказчик обязуется:
- 2.3.1.Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
- 2.3.2.Предоставить Исполнителю список Потребителей.
- 2.3.3.Сообщить Исполнителю сведения о Потребителях, необходимые для предоставления платных медицинских услуг.
- 2.3.4.Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.
- 2.3.5.Проинформировать Потребителей о необходимости соблюдения правил внутреннего распорядка Исполнителя, правил техники безопасности и пожарной безопасности.
- 2.3.6.Проинформировать Потребителей о необходимости предварительной записи на приём через регистратуру Исполнителя по телефонам:
- (34675) 7-88-57 доб. 117 (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Советский район, п.Алябьевский, тер.Промзона);
 - (34675) 7-69-92 доб. 206 (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Югорск, ул.Таёжная, д.15);
 - (34676) 9-19-90 доб. 306 (Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г.Урай, проезд Студенческий, подъезд 24).
- 2.3.7.Проинформировать Потребителей о необходимости внесения подписи в реестр предоставления платных медицинских услуг, предоставленный им в регистратуре Исполнителя.
- 2.3.8.Ознакомить Потребителей с условиями настоящего договора, предусмотренными п.3.3, о порядке оплаты дополнительных медицинских услуг.

2.4.Заказчик имеет право:

2.4.1.На получение Потребителями квалифицированных медицинских услуг.

2.4.2.В любое время получить информацию об объеме и качестве платных медицинских услуг, оказанных Исполнителем Потребителям, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.3.Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4.В любой момент отказаться от медицинских услуг с оплатой за фактически оказанные услуги.

2.4.5.Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1.Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителям согласно Перечню платных медицинских услуг (Приложение 1), определяется в соответствии с Информацией о ценах на платные медицинские услуги, утвержденной приказом Исполнителя и составляет _____ (_____) рублей ____ копеек, НДС не облагается. Стоимость единицы платной медицинской услуги указана в Перечне платных медицинских услуг (Приложение 1).

3.2.Сумма договора является твердой и определяется на весь срок исполнения договора. Сумма настоящего договора подлежит изменению Сторонами при изменении объема оказания услуг и при изменении тарифов на медицинские услуги, о чем Исполнитель уведомляет Заказчика. Изменение суммы договора оформляется дополнительным соглашением.

3.3.В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при выявлении врачом симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к осуществлению отдельных видов деятельности), не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Потребитель самостоятельно заключает с Исполнителем договор, в котором указываются конкретные дополнительные медицинские услуги и их стоимость. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется в соответствии с Информацией о ценах на платные медицинские услуги, утвержденной приказом Исполнителя.

3.4.В течение ____ рабочих дней с даты окончания предоставления медицинских услуг Исполнитель направляет Заказчику посредством электронного документооборота (СКБ «Контур» (система «Диадок»)) подписанный со своей стороны Универсальный передаточный документ и счет с приложением пофамильного реестра предоставленных платных медицинских услуг.

3.5.Оплата по договору осуществляется в российских рублях путем перечисления Заказчиком денежных средств на расчетный счет Исполнителя на основании выставленного счета в течение ____ рабочих дней с даты подписания Акта об оказанных услугах.

3.6.В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Заказчика, объем предоставляемых Потребителям медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо предоставление медицинских услуг в рамках настоящего договора окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом Заказчик оплачивает фактически предоставленные медицинские услуги.

3.7.В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителей, Заказчик оплачивает фактически предоставленные медицинские услуги.

3.8.Моментом исполнения обязательств Заказчика по оплате считается момент

поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Ответственность Сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. При несвоевременной или неполной оплате Заказчиком оказанных медицинских услуг Исполнитель вправе потребовать уплаты неустойки (штрафа, пеней). Неустойка (пени) начисляется за каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного договором срока исполнения обязательства. Такая неустойка (пени) устанавливается в размере 1/300 действующей на дату уплаты неустойки (пеней) ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации от неуплаченной в срок суммы. Заказчик освобождается от уплаты неустойки (пеней), если докажет, что просрочка исполнения указанного обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине Исполнителя.

4.3. В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения Исполнителем своих обязательств по договору Заказчик вправе потребовать уплаты неустойки (штрафа, пеней). Неустойка (пени) начисляется за каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного договором срока исполнения обязательства. Такая неустойка (пени) устанавливается в размере 0,03 % от стоимости договора. Исполнитель освобождается от уплаты неустойки (пеней), если докажет, что просрочка исполнения указанного обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине Заказчика.

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

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

4.6. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации в соответствии с п.2.3.3 настоящего договора или отказом Потребителей от дополнительных медицинских услуг, предусмотренных п.3.3 настоящего договора.

5. Конфиденциальность

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

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителей за оказанием платных медицинских услуг, состоянии их здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при их обследовании (врачебная тайна).

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры и разногласия между Сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. До обращения Сторон в суд установлен обязательный претензионный порядок

рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензии - 1 (один) месяц с даты её получения Стороной.

6.3. Для обращения в суд по поводу качества оказанных медицинских услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы качества медицинской услуги.

7. Срок действия договора и основания его расторжения

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует по «__» _____ 202_г.

7.2. Договор может быть расторгнут до истечения срока его действия, при этом взаиморасчеты между Сторонами осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных в Разделе 3 настоящего договора:

7.2.1. по соглашению Сторон;

7.2.2. в одностороннем порядке Заказчиком путем направления письменного уведомления в адрес Исполнителя в любое время до начала предоставления медицинских услуг, после начала предоставления медицинских услуг;

7.2.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Заказчиком принятых на себя обязательств по договору или невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителей.

8. Прочие условия

8.1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по 1 (одному) для каждой из Сторон.

8.2. Изменения и дополнения вносятся в договор путём заключения Сторонами дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора.

8.3. Стороны дают взаимное согласие на применение в своих отношениях по настоящему договору средств электронного документооборота с обязательным условием использования квалифицированной электронной подписи в случаях подписания первичных учетных документов (счетов, счетов-фактур, Актов об оказанных услугах, актов сверки взаиморасчетов, претензий), а также всех иных документов, связанных с исполнением договора.

Стороны установили, что документы, связанные с исполнением настоящего договора, составленные в бумажном виде и подписанные Сторонами, имеют равную юридическую силу с аналогичными документами, составленными в электронном виде и подписанными с использованием квалифицированной электронной подписи (именуемые далее – «электронные документы»), при соблюдении требований к электронным документам, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором, в том числе:

8.3.1. Электронный документ направлен и получен через организацию, обеспечивающую обмен открытой и конфиденциальной информацией по телекоммуникационным каналам связи в рамках электронного документооборота между Сторонами договора (при условии наличия у Сторон совместимых технических средств и возможностей). Стороны договорились, что такой организацией (Оператором электронного документооборота) является СКБ «Контур» (система «Диадок»).

8.3.2. Электронный документ подписан лицом, ответственным за подписание данного вида документов, на основании приказа, распоряжения или доверенности.

8.3.3. Электронный документ подписан квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица.

8.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что платные медицинские услуги, указанные в Приложении 1 к договору, не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Заказчик согласился на оказание ему услуг на платной

основе.

8.5. После предоставления платной медицинской услуги Исполнитель выдаёт Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Вышеуказанные медицинские документы выдаются Потребителю на основании его письменного заявления.

8.6. Стороны признают юридическую силу документов, подписанных с помощью факсимильного воспроизведения подписи, включая настоящий Договор, дополнительные соглашения и приложения к нему, иные документы в рамках исполнения Договора.

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

9. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

Заказчик:

бюджетное учреждение

**Ханты-Мансийского автономного округа -
Югры «Советская психоневрологическая
больница»**

Юридический / фактический адрес:

Российская Федерация, 628248,

Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,

Советский район, п.Алябьевский,

территория Промзона

Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь,

доб. 112 – экономист)

Адрес электронной почты:

sekretar.spnd@mail.ru

ОГРН 1028601843929

ИНН 8615000049 КПП 861501001

ОКТМО 71824402101

ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229

ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203

Депфин Югры (БУ «Советская
психоневрологическая больница»,
л.с. 620332120)

Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет

40102810245370000007

РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по

Ханты-Мансийскому автономному округу –

Югре г. Ханты-Мансийск

БИК 007162163

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____
М.П.

Приложение 1
к договору на предоставление платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 202_ г. № ____

**Перечень
платных медицинских услуг**

№ п/п	Код ПМУ	Наименование услуги	Единица измерения	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.
1						
2						
	ИТОГО:					

Исполнитель:

бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа -
Югры «Советская психоневрологическая
больница»
Юридический / фактический адрес:
Российская Федерация, 628248,
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Советский район, п.Алябьевский,
территория Промзона
Тел.: (34675) 7-88-57 (доб. 102 – секретарь,
доб. 112 – экономист)
Адрес электронной почты:
sekretar.spnd@mail.ru
ОГРН 1028601843929
ИНН 8615000049 КПП 861501001
ОКТМО 71824402101
ОКПО 27375691 ОКОГУ 2300229
ОКВЭД 86.10 ОКФС 13 ОКОПФ 75203
Депфин Югры (БУ «Советская
психоневрологическая больница»,
л.с. 620332120)
Казначейский счет 03224643718000008700
Единый казначейский счет
40102810245370000007
РКЦ Ханты-Мансийск / УФК по
Ханты-Мансийскому автономному округу –
Югре г. Ханты-Мансийск
БИК 007162163

Заказчик:

_____/_____/_____
М.П.

_____/_____/_____
М.П.