

**ФОРМА № 2**

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг**

Санкт-Петербург

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.П. Карицкого, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать пациенту

(документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_), именуемому в дальнейшем «Потребитель», платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, согласно Приложению № 1 (далее - Услуги), а Заказчик обязуется оплатить их в соответствии со ст. 3 настоящего договора.

2. Исполнитель оказывает Услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_, выданной «\_\_\_» \_\_\_\_ 2016 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения.

3. Услуги оказываются по желанию Потребителя в соответствии с имеющимся у него заболеванием.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Потребитель имеет право:**

2.1.1. Получать информацию о стоимости Услуг, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых при оказании Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии Потребителя и т.д. (врачебной тайны).

2.1.3. Отказаться от получения Услуг по договору в письменной форме в любое время при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

**2.2. Потребитель обязан:**

2.2.1. Выполнять требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление Услуг, в т.ч. рекомендации лечащего врача, правила внутреннего распорядка и требования санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.2.2. Соблюдать график приема врачей-специалистов и являться в строго назначенное время для получения Услуг по настоящему договору.

2.2.3. Сообщать медицинскому персоналу Исполнителя всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья в т.ч. все сведения о наличии других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо процедур или лекарственных препаратов, изменениях самочувствия, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания Потребителя.

2.2.4. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- правил внутреннего распорядка и требований санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

2.3.2. Прервать лечение и/или обследование Потребителя, немедленно уведомив об этом последнего, при:

- наличии медицинских противопоказаний либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе обследования и/или лечения Потребителя;

- предоставлении Потребителем неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем;
- нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка и требований санитарно-эпидемиологического режима

Исполнителя, неисполнения Потребителем медицинских предписаний.

2.3.3. 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.

2.3.4. Привлекать по согласованию с Потребителем к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений.

**2.4. Исполнитель обязан:**

2.4.1. Информировать Потребителя о стоимости Услуг, состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, возможности развития осложнений при выполнении лечебно-диагностических мероприятий, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также об используемых при оказании Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.4.2. Оказать Услуги по настоящему договору силами высокопрофессиональных медицинских работников при условии исполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных п. 3.2. настоящего договора.

2.4.3. Обеспечить соответствие оказываемых Услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.4.4. Вести медицинскую документацию в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

**2.5. Заказчик обязан:**

2.5.1. Оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с требованиями ст. 3 настоящего договора.

### **3. Стоимость Услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии прейскурантом Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), НДС не облагается.

3.2. Оплата Услуг производится в размере 100 % предоплаты до начала оказания Услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в т.ч. через операционные кассы вне кассовых узлов кредитных организаций, расположенных на территории Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и/или лечения, в ходе оказания медицинских услуг стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение Потребителя. Изменение стоимости Услуг по договору должны быть оформлены дополнительным соглашением к настоящему договору и подписаны Сторонами. Согласие Заказчика может быть получено по телефону: \_\_\_\_\_ (подпись). Окончательная стоимость услуг, подлежащая оплате Заказчиком, устанавливается сторонами в дополнительном соглашении.

### **4. Место и сроки оказания Услуг**

4.1. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя, а именно по адресу: СПб, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68, СПб, ул. Красного Текстильщика, д.10-12, лит. В, СПб Выборгское ш., д. 40, лит. А. (нужное подчеркнуть)

4.2. Услуга оказывается в срок с \_\_\_\_ по \_\_\_\_.

4.3. В зависимости от качества представленных на исследование биоматериалов, необходимости проведения дополнительных исследований для верификации диагноза, Исполнитель имеет право увеличить срок оказания услуг не более чем на 30 дней. Изменение сроков оказания услуг согласовывается Заказчиком с Исполнителем по телефону.

### **5. Ответственность Сторон и порядок рассмотрения споров**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за виновные действия медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности по настоящему договору в случае если докажет, что неисполнение и/или ненадлежащее исполнение им обязательств по договору произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Потребителем условий настоящего договора.

5.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров.

5.5. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством.

### **6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор оформлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Заказчиком услуг, предусмотренных настоящим договором, и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменном виде.

6.4. В случае отказа Потребителя от получения Услуг по договору Исполнитель производит возврат денежных средств Заказчику на основании письменного требования Заказчика с учетом положений п. 2.1.3. настоящего договора.

6.5. В случае изменения каких-либо реквизитов Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга в письменном виде.

6.6. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

### **7. Реквизиты и подписи Сторон**

#### **Исполнитель:**

ФГБУ «НИИ онкологии им.Н.Н. Петрова» Минздрава  
России

Юр. адрес: 197758, СПб, пос. Песочный, ул.

Ленинградская, д. 68

ОГРН 1027812406687

ИНН 7821006887, КПП 784301001

УФК по г. Санкт-Петербургу (отдел № 10,  
л/счет 20726Х13530)

р/счет 40501810300002000001

СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ Банка России по г. Санкт-  
Петербург, г. Санкт-Петербург

БИК 044030001

e-mail: oncl@rion.spb.ru

тел. (812) 439-95-55

**От Исполнителя**

\_\_\_\_\_  
М.П.

#### **Заказчик:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес фактического места жительства \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

#### **Заказчик**

\_\_\_\_\_  
/

1. Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные медицинские услуги:

Код Услуги	Наименование Услуги	Стоимость в соответствии с прейскурантом Исполнителя	Кол-во	Сумма
Итого				

2. В случае оказания стационарной медицинской помощи, перечень указанных выше услуг отражается в Плане лечения и (или) обследования, составляемом индивидуально для Потребителя.
3. Настоящим я, \_\_\_\_\_, отказываюсь от альтернативной возможности получения данного вида медицинской помощи за счет государственных средств, и подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и подтверждаю свое желание получить платные медицинские услуги.
4. Настоящим я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что надлежащим образом проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 моем состоянии здоровья.
5. Настоящим я, \_\_\_\_\_, в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ даю свое согласие Исполнителю на обработку моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место регистрации, место проживания, данные документа удостоверяющего личность, индивидуальный номер налогоплательщика, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования).
6. Настоящим я, \_\_\_\_\_, подтверждаю, что ознакомлен с Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя.

От Исполнителя

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
М.П.

Заказчик

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /