**ДОГОВОР №** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг в амбулаторных условиях.**

г. Москва « \_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России), именуемый в дальнейшем «Центр» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № 52-01-002598 от 17 сентября 2020 г.; Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 77 №015643524 от 23.10.2012 г., выдано МИ ФНС России №46 по г. Москве), в лице директора Кубанова Алексея Алексеевича, действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, медицинская карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. По настоящему договору "Центр" берёт на себя обязательство оказать платные медицинские услуги /далее Услуги/ в амбулаторных условиях, а "Пациент" обязуется оплатить оказанные услуги в порядке, установленном настоящим Договором.

**2. Права и обязанности сторон.**

2.1. «Центр» обязан:

 оказать Пациенту Услуги - первичную или повторную медицинскую консультацию врача-специалиста, в соответствии с «Расписанием консультативного приема специалистов ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России (филиала)». В случае обращения пациента к врачу с одним и тем же диагнозом в течение трёх месяцев после первичного обращения, консультация специалиста оплачивается как повторная; свыше трёх месяцев - как первичная;

 оказать Услуги в соответствии с рекомендациями врача-специалиста, полученными в ходе первичной или повторной медицинской консультации и «Прейскуранта договорных цен консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России»;

 предоставить «Пациенту» информацию о «Расписании консультативного приема специалистов ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России (филиала)» и «Прейскуранте договорных цен консультативно-диагностического центра ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России»;

 получить информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Центра в доступной форме полной информации 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;

 соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента;

 оказывать Услуги в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России и национальными клиническими рекомендациями.

2.2. «Центр» имеет право:

 в случае возникновения неотложных состояний «Пациента» самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и метода лечения, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором;

 не оказывать услугу, если она не оплачена в соответствии с п. 3. настоящего Договора;

 не использовать результаты исследований, выполненных в других медицинских организациях;

 не сообщать по телефонной, электронной, факсимильной и другим видам связи результаты лабораторных исследований;

 прекратить лечение и расторгнуть Договор в случае нарушения «Пациентом» правил внутреннего распорядка и предписаний специалиста;

 отказать в оказании Услуг, в случае отказа пациента подписать информированное добровольное согласие.

2.3. «Пациент» обязан:

 оплатить Услуги в размере и порядке, указанном в п. 3. настоящего Договора;

 выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.4. «Пациент» имеет право:

 на предоставление информации о медицинской услуге;

 на предоставление информации о наличии лицензии на оказываемые Услуги;

 на возмещение убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора и возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

 на выдачу Справки об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации (приложение №1), форма и порядок выдачи которой утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства Российской Федерации по налогам и сборам от 25.07.2001 года № 289/БГ-3-04/256;

 на проведение лабораторных исследований без предварительной консультации врача (отказ от предварительной консультации оформляется Дополнительным соглашением к настоящему Договору).

 на получение результатов исследований в регистратуре «Центра» лично.

**3. Стоимость и порядок оплаты.**

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим Прейскурантом (в российских рублях).

3.2. Медицинская услуга оказывается в день обращения пациента и после внесения оплаты. В случае невозможности оказать услугу в день обращения или по требованию пациента услуга оказывается в другой день.

3.3. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке предоплаты:

 наличными денежными средствами в кассу Центра;

 списанием средств с банковской карты;

 безналичным перечислением на счет Центра (не менее, чем за 5 банковских дней до оказания медицинской услуги).

**4. Ответственность сторон.**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Центр несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Пациенту» таким неисполнением.

4.2. Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством РФ в случае причинения вреда здоровью или жизни «Пациента».

4.3. «Центр» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.4. Учреждение не несет ответственности за отсутствие ожидаемого эффекта от лечения в случаях:

 несоблюдения пациентом указаний и рекомендаций лечащего врача;

 самостоятельного применения лечебных средств и процедур, не предписанных к приему лечащим врачом учреждения;

 не информирования, а также неполного или недостоверного информирования лечащего врача «Пациентом» о наличии противопоказаний, аллергических реакций организма, заболеваний, не связанных с заболеванием, послужившем основанием к обращению в Центр, а также об истории возникновения, течения заболевания и ранее применявшихся методах лечения;

 отсутствия официально утвержденных и разрешенных в установленном порядке к применению медицинских технологий, позволяющих обеспечить полное излечение данного заболевания.

**5. Порядок расторжения договора.**

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

5.2. «Пациент» вправе расторгнуть договор в любой момент, при условии возмещения «Центру» фактических затрат.

5.3. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

**6. Прочие условия.**

6.1. Пациент не возражает против использования аналога собственноручной подписи директора Центра, выполненного путём светокопирования, для подписания настоящего договора.

6.2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров, или в судебном порядке.

**7. Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| *Центр*ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава РоссииАдрес: 107076, Москва, ул. Короленко, 3 стр. 6ИНН 7718710585, Р/с 40501810845252000079в отделение ГУ Банка России по ЦФО,БИК 044525000, Л/с 20736У64530 | *Пациент:*Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, медицинская карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8. Подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Директор ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава РоссииАкадемик РАН  А.А. Кубанов | Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись пациента) |

« \_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.