

ДОГОВОР
об оказании возмездных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ФС-78-01-002485, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (наб. канала Грибоедова, д.88-90, Санкт-Петербург, тел. 8 (812)571-39-73), действующую с 26 января 2012 года бессрочно, и выданное МИФНС №15 по Санкт-Петербургу Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 13.12.2011г. серия 78 № 008457792, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице И.О. Главного врача Карпова Константина Павловича, действующего на основании Приказа Комитета по Здравоохранению от 13.04.2017г., с одной стороны, и

_____ фамилия, имя, отчество **Заказчика** (в том числе обладающего соответствующей гражданской дееспособностью пациента, или законного представителя пациента, не обладающего соответствующей дееспособностью)

_____ документ, удостоверяющий личность **Заказчика**, серия, номер

_____ место регистрации, место жительства (последнее заполняется, если не совпадает с местом регистрации)

телефон: _____

именуемый в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, далее при совместном упоминании именуемые **Стороны**, заключили настоящий договор, далее **Договор**, о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по желанию **Заказчика**, которому была предоставлена в доступной форме информация 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 в Санкт-Петербурге, обязуется за плату, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, оказать пациенту, указанному в п.1.2 настоящего договора, медицинские услуги, указанные в п.1.3 настоящего договора, а **Заказчик** обязуется оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях настоящего договора.

1.2.

_____ фамилия, имя, отчество пациента

дата рождения: _____
число, месяц, год

_____ документ, удостоверяющий личность пациента, серия, номер (заполняется если **Заказчик** и пациент разные лица)

_____ место регистрации, место жительства (последнее заполняется, если не совпадает с местом регистрации), телефон (заполняется, если **Заказчик** и пациент разные лица)

1.3. Наименование медицинской услуги, непосредственный исполнитель, стоимость услуг.

Непосредственный исполнитель, категория, ученая степень, ф.и.о. специалиста	Услуга	Стоимость, руб.

Общая стоимость медицинских услуг:

1.4. Медицинские услуги должны быть оказаны в течение 45 рабочих дней с момента получения Исполнителем тест-бланка с образцами биологического материала, по адресу: 194044, Санкт-Петербург, ул. Тобольская, д.5, тел. (812) 241-24-84.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1 Обеспечить **Заказчика** в установленном в учреждении порядке информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, включая льготы, а также предоставить сведения о квалификации специалистов.
- 2.1.2 Информировать **Заказчика** до оказания услуги о предлагаемых методах, используемых при ее предоставлении и возможных результатах, наступление которых зависит от недоступных точному прогнозированию условий.
- 2.1.3 Обеспечить оказание возмездных услуг, согласно п.1 настоящего договора, силами собственных специалистов или третьих лиц (внешних консультантов и т.п.), далее - специалистов, в соответствии с Уставом, лицензией и нормативными требованиями к предоставляемым **Заказчику** услугам.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1 Привлекать, в соответствии с действующим законодательством, третьи лица для оказания **Заказчику** услуг по настоящему договору.
- 2.2.2 При возникновении обстоятельств, препятствующих оказанию услуг в назначенный **Исполнителем** срок, перенести оказание услуг на иной (новый) срок, согласованный с **Заказчиком**.
- 2.2.3 При возникновении у пациента противопоказаний, перенести оказание услуг до отпадения препятствующих их оказанию условий.
- 2.2.4 Требовать предоставления медицинской карты из базового (специального) лечебного учреждения, обслуживающего пациента, другой медицинской информации.
- 2.2.5 При невыполнении **Заказчиком** обязательств согласно п. 2.3 настоящего договора отказать **Заказчику** в оказании услуг пациенту.

2.3. Заказчик обязуется:

- 2.3.1 По требованию **Исполнителя** обеспечить предоставление ему медицинской карты пациента из базового (специального) лечебного учреждения, обслуживающего пациента, другой медицинской информации.
- 2.3.2 Обеспечить сообщение под подпись (обладающего соответствующей гражданской дееспособностью пациента или законного представителя пациента, не обладающего соответствующей гражданской дееспособностью) в медицинской карте сведений, не предоставление которых может привести к выбору неадекватного метода оказания услуг пациенту и возникновению негативных побочных эффектов.
Примечание. В целях настоящего договора под получателем медицинских услуг (пациентом), обладающим соответствующей гражданской дееспособностью, понимаются лица:
а) при оплате услуг – дееспособные в полном объеме согласно законодательству РФ;
б) при получении услуг – дееспособные в полном объеме и дееспособные несовершеннолетние, достигшие возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.3.3 Обеспечить исполнение пациентом и законным представителем не обладающего соответствующей гражданской дееспособностью пациента требований, обеспечивающих безопасность и качественное предоставление возмездных услуг, включая выполнение рекомендаций и назначений специалистов до и после предоставления медицинских услуг, соблюдение правил поведения в общественном месте, санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.
- 2.3.4 Обеспечить явку пациента (с законным представителем не обладающего соответствующей гражданской дееспособностью пациента) для получения услуг в соответствии с условиями настоящего договора в назначенное **Исполнителем** время.
- 2.3.5 Оплатить оказанные услуги в соответствии с п.3 настоящего договора.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1 Определять день и время предоставления ему услуг в соответствии с графиком работы **Исполнителя** и с учетом занятости специалистов другими пациентами.
- 2.4.2 Перенести в порядке, предусмотренном п.2.4.1 настоящего договора, срок предоставления услуг на иное время, уведомив об этом **Исполнителя** не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до ранее назначенной даты посредством предоставления в письменной форме заявления или при личной встрече с представителем администрации **Исполнителя**.
- 2.4.3 На получение обладающим соответствующей гражданской дееспособностью пациентом (законным представителем пациента, не обладающего соответствующей гражданской дееспособностью) у **Исполнителя** медицинской документации по результатам предоставленных возмездных медицинских услуг в виде выписки и другой документации, предоставление которой регламентируется нормативными документами, обязательными для **Исполнителя**.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. **Цена договора** определяется ценой предоставляемых по настоящему договору возмездных услуг в соответствии с действующим на момент предоставления пациенту услуги прейскурантом **Исполнителя**, если иное не будет определено дополнительным соглашением или приложением к настоящему договору.

3.2. Порядок расчетов

- 3.2.1 За наличный расчет – по действующему на момент оплаты прейскуранту с применением контрольно-кассовой машины.
- 3.2.2 В случаях предусмотренных законом и настоящим договором возврат денег, уплаченных **Заказчиком**, производится по письменному заявлению **Заказчика** при предъявлении документа, предъявления которого в соответствии с законодательством Российской Федерации достаточно для удостоверения личности.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За причинение вреда здоровью и жизни лица, которому по данному договору оказаны возмездные услуги, **Исполнитель**, в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения им своих обязанностей по настоящему договору при надлежащем исполнении **Заказчиком** его обязанностей, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 4.2. При несоблюдении **Исполнителем** сроков оказания возмездных услуг **Заказчик** вправе по своему выбору:
- потребовать назначения нового срока оказания услуг;
 - потребовать исполнения услуг другим специалистом;
 - расторгнуть договор и потребовать возмещения затрат в установленном законом порядке.
- 4.3. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине **Заказчика**, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом.
- 4.4. В случаях, не оговоренных настоящим договором, **Стороны** несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 5.1. Оплата услуг безналичным платежом производится по банковским реквизитам согласно приложению к договору.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. В случае возникновения споров и разногласий при исполнении настоящего договора, **Стороны** принимают меры для их разрешения путем переговоров.
- 6.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, споры разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Настоящий договор является публичным договором, вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами, действует до полного и надлежащего исполнения **Сторонами** своих обязательств.
- 7.2. Услуги, на момент предоставления которых пациент не предъявляет документ, являющийся в соответствии с действующим законодательством достаточным для удостоверения личности пациента, считаются услугами, оказанными на анонимных условиях. При предоставлении **Заказчику** услуг на анонимных условиях **Исполнитель** не имеет права предоставлять связанные с оказанием данных услуг документы, в которых должны быть указаны фамилия, имя, отчество и другие реквизиты получившего услугу физического лица без указания в них, что документ, удостоверяющий личность пациента не был предъявлен. Недееспособным пациентам и несовершеннолетним пациентам, не достигшим возраста, установленного частью 2 статьи 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинские услуги без предоставления документов, удостоверяющих личность пациента, а также документов, удостоверяющих личность и полномочия законного представителя, сопровождающего этого пациента, не оказываются.
- 7.3. Пациент или его законный представитель своей подписью в договоре подтверждают согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, другим сотрудникам, в интересах обследования пациента и для обеспечения предоставления медицинских услуг, а также получение информации о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 7.4. Пациент, обладающий соответствующей гражданской дееспособностью, и законный представитель пациента, не обладающего соответствующей гражданской дееспособностью, при ознакомлении с программой предоставляемых услуг и информировании о методах, используемых при предоставлении услуг, возможных результатах, наступление которых зависит от недоступных точному прогнозированию условий, может отказаться дать свое информированное добровольное согласие на оказание ему любой возмездной услуги и оплатить только фактически оказанные услуги. При этом **Заказчик** теряет право требовать предоставления пациенту услуг, обусловленных необходимостью предварительного оказания услуги, на проведение которой пациент (законный представитель) не дал своего информированного добровольного согласия.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

- 8.1. Исполнитель: Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)», 194044, Санкт-Петербург, ул. Тобольская, д.5, тел./факс 241-24-85, ОГРН 1037804013532, ИНН 7802072429, КПП 780201001, ОКТМО 40314000, р/с 40201810600000000003 в Северо-Западном ГУ Банка России, лицевой счет 0150018 в Комитете финансов Санкт-Петербурга, БИК 044030001

От Исполнителя:

По доверенности № _____ от _____ г.

подпись

м.п.

8.2. _____

подпись, расшифровка подписи **Заказчика**

Если **Заказчик** и пациент являются разными лицами:

8.3. _____

Настоящее приложение является неотъемлемой частью договора возмездного оказания услуг. В настоящем приложении к договору определяется выбранный заказчиком способ оплаты по договору возмездного оказания услуг СПб ГКУЗ МГЦ, порядок предоставления образцов капиллярной крови для проведения молекулярно-генетических исследований в сухих пятнах крови, дополнительные условия оказания и отказа в оказании услуг по проведению исследования, порядок получения результатов исследований, а также подписью заказчика подтверждается и гарантируется соблюдение заказчиком приведённых в настоящем приложении рекомендаций и достоверность указанных заказчиком в настоящем приложении сведений.

Для проведения исследования тест-бланк с сухими пятнами крови в комплекте с полностью и надлежащим образом заполненными и подписанными документами (договор возмездного оказания услуг, приложение к договору возмездного оказания услуг, копия документа об оплате услуг по договору) направляется по адресу:

Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение здравоохранения «Диагностический центр (медико-генетический)» (биохимическая лаборатория), улица Гобольская, дом 5, Санкт-Петербург, Россия, 194044.

Договор с приложением заполняются в 2 экземплярах.

При некомплектном предоставлении тест-бланка (если иное не установлено специальной оговоркой в настоящем приложении), при заполнении документов, включая тест-бланк, не в соответствии с требованиями настоящего приложения, при отсутствии предусмотренных подписей в документах, услуга по проведению исследований образцов капиллярной крови в сухих пятнах крови не предоставляется, исследование не проводится, тест-бланк утилизируется. Возврат заказчику поступивших в таком случае в распоряжение СПб ГКУЗ МГЦ денежных средств осуществляется в соответствии с условиями договора возмездного оказания услуг и настоящего приложения.

Комплектность предоставления тест-бланка в целях договора возмездного оказания услуг, неотъемлемой частью которого является настоящее приложение, подтверждается описью вложения в заказном письме с уведомлением о вручении, в котором тест-бланк направляется в адрес СПб ГКУЗ МГЦ (допускается доставка экспресс-почтой на таких же условиях, включая опись вложения и уведомление о вручении).

В случае противоречий условий настоящего приложения условиям договора применяются условия настоящего приложения.

Соглашение об изменении предусмотренного договором способа оплаты услуг

Способ оплаты: 100% предоплата безналичным платёжом <1>.

Для оплаты услуг заказчик перечисляет денежные средства в соответствии со стоимостью медицинской услуги по действующему прейскуранту СПб ГКУЗ МГЦ.

Платёжные реквизиты (образец заполнения)<2>:

Северо-Западное ГУ Банка России г.Санкт-Петербург		БИК	044030001		
		Сч. №			
Банк получателя		Сч. №	40101810200000010001		
ИНН 7808043833	КПП 784101001				
УФК по Санкт-Петербургу (Комитет по здравоохранению) (СПБ ГКУЗ МГЦ л/с 0150018)		Вид оп.	01	Срок плат.	5
		Наз. пл.		Очер. плат.	
		Код		Рез. поле	
Получатель					
816 1 13 01992 02 0600 130	40314000	0	0	0	0

816 1 13 01992 02 0600 130, Доходы от оказания платных услуг СПб ГКУЗ МГЦ лицевого счета 0150018 оплата за мед.услуги NGS-секвенирование ФИО....

В подтверждение оплаты услуг заказчик прикладывает к договору копию документа об оплате <3>, качество которой должно позволять прочитать текст документа.

Примечание.

<1> При неоплате или неполной оплате услуги; <2> при несовпадении платёжных реквизитов, указанных в документе об оплате, с платёжными реквизитами, указанными в настоящем приложении; <3> при отсутствии копии платёжного документа **исследование не проводится, тест-бланк утилизируется**, а в случае предусмотренном специальной оговоркой к настоящему приложению – тест-бланк не предоставляется. Транзакционные издержки по розыску и возврату денежных средств несёт заказчик.

Телефон бухгалтерии СПб ГКУЗ МГЦ: (812) 241-24-93.

Соглашение о порядке получения результатов исследований

Результаты исследования образцов крови на предоставленном мной:

_____ указать в именительном падеже полностью фамилию, имя

_____ и отчество (при наличии) заказчика

тест-бланке с сухими пятнами крови, взятие (забор) образцов которых был произведён в соответствии с указанной в настоящем приложении «Инструкцией по забору образцов капиллярной крови для проведения молекулярно-генетических исследований в сухих пятнах крови», что я гарантирую и подтверждаю своей подписью под настоящим приложением к договору, направляются:

а) (заполняется обязательно) заказным письмом с уведомлением о вручении и описью вложения на имя

_____ указать полностью фамилию, имя и отчество (при наличии) адресата

_____ в соответствии с документом, удостоверяющим личность получателя корреспонденции

