Приложение № 5
к приказу ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
от 04.03.16 № 117

Договор
на оказание платных медицинских услуг с юридическим лицом

г. Всеволожск «____»_____ _____ г.

_____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице
(наименование юридического лица)
_____, действующего на основании _____, с одной
(должность, ФИО)

стороны, и **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница»** (далее – ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»), лицензия от _____ г. № _____ на осуществление медицинской деятельности, выдана Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (адрес места нахождения: 191024, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113, тел: 8 (812) 717-65-01), свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 07.02.2003 г. серия 47 № 000804207 выдано ИМНС по Всеволожскому району ЛО, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании приказа главного врача Шипачева К.В. №___от «___»_____20__ г., с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:
платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
заказчик - юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам).

1. Предмет договора

1.1. **Исполнитель** на основании обращения **Заказчика** в соответствии с утвержденным Сторонами списком Потребителей (Приложение № 1 к настоящему Договору) обязуется оказать медицинские услуги **Потребителю (Потребителям)**, далее – «медицинские услуги» по своему профилю деятельности согласно п. 1.2. настоящего Договора и в соответствии с действующим на момент оказания медицинских услуг Прейскурантом оказываемых в учреждении видов платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), утвержденный в установленном порядке, а **Заказчик** обязуется оплатить эти услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Потребителям) в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2 (Смета), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.
1.3. Срок оказания медицинских услуг с _____ по _____ .
1.4. **Исполнитель** оказывает услуги по адресу:_____.
1.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг. Перечень видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя содержится в Лицензии Исполнителя.
1.6. **Исполнитель** оформляет на обратившихся к нему **Потребителей** медицинские карты, где указываются место их работы, должность, все их пожелания, жалобы, поставленные им диагнозы.
1.7. При заключении договора **Потребителю** 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.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить **Заказчика** и **Потребителей** бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:
а) о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
б) о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
в) о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
г) ознакомить их с действующей Лицензией с указанием перечня видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя.
д) о других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
2.1.2. Оказывать **Потребителям** услуги, предусмотренные п. 1.2. настоящего Договора в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
2.1.3. Представить **Потребителям** список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.
2.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у **Исполнителя** документацию о **Заказчике** и **Потребителях**.
2.1.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями.
2.1.6. Давать при необходимости по просьбе **Заказчика** разъяснения о ходе оказания ему услуг.
2.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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.
2.1.8. Представлять для ознакомления по требованию **Заказчика**:
а) копию устава **Исполнителя**, положение об отделении, другом структурном подразделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;
б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность **Исполнителя** в соответствии с данной лицензией.
2.1.9. Соблюдать утвержденные порядки оказания медицинской помощи.
2.2. **Заказчик** обязуется:
2.2.1. **Заказчик** предупреждает **Потребителя** о том, что он обязан:
- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.
2.2.2. По запросу **Исполнителя** предоставить ему необходимые документы и материалы.
2.2.3. Оплачивать услуги **Исполнителя** в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
2.2.4. Подписывать своевременно акты об оказании услуг **Исполнителем**.
2.3. **Исполнитель** имеет право:
2.3.1. Получать от **Заказчика** любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления **Заказчиком** информации **Исполнитель** имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.
2.3.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, **Исполнитель** вправе назначить другого врача.
2.4. **Заказчик** имеет право:
2.4.1. Получать от **Исполнителя** услуги в соответствии с п. 1.2 настоящего Договора.
2.5. Предоставление **Исполнителем** дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.
2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.
2.7. В соответствии с условиями настоящего Договора Заказчик (Потребитель) предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных (в том числе ведение персонифицированного учета) в целях оказания медицинских услуг по Договору.

3. Порядок исполнения договора

3.1. **Исполнитель** ежемесячно (ежеквартально) представляет по требованию **Заказчика** письменные акты о ходе оказания услуг по настоящему Договору.
3.2. Подписываемые Сторонами акты об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг **Исполнителем Заказчику**.

3.3. Акты представляются **Исполнителем** до 15 (пятнадцатого) числа месяца, следующего за отчетным периодом.
3.4. **Заказчик** обязуется рассмотреть и подписать акты, представленные **Исполнителем**, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента их получения при условии отсутствия у **Заказчика (Потребителей)** каких-либо замечаний к оказанным **Исполнителем** услугам. При наличии замечаний к оказанным **Исполнителем** услугам **Заказчик** указывает об этом в акте и после устранения **Исполнителем** всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр **Исполнителю**.
3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Потребителя** и (или) **Заказчика**. Без согласия **Потребителя** и (или) **Заказчика Исполнитель** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3. Порядок оплаты

4.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет _____ рублей ___ копеек.
4.2. Для обеспечения комплекса услуг, предусмотренных настоящим договором, **Заказчик** перечисляет на расчетный счет **Исполнителя** авансовый платеж в размере _____ % стоимости оказываемых услуг. Расчет по оставшимся _____ % стоимости услуг производится на основании акта приемки-сдачи оказанных медицинских услуг.
Не облагается НДС в порядке п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.
4.3. **Исполнитель**, по итогам оказанных услуг, оформляет акт приемки-сдачи оказанных медицинских услуг (Приложение № 3 к настоящему Договору) и счет установленной формы. К акту прилагается подробный перечень оказанных услуг со ссылкой на соответствующий пункт Прейскуранта.
4.4. Оплату счета **Заказчик** обязан производить в течение 5 (пяти) банковских дней со дня вручения ему счета. Днем исполнения **Заказчиком** обязательств по оплате счетов по настоящему договору считается день поступления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.
4.5. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения **Исполнитель** обязан своевременно предупредить об этом **Заказчика**.

4. Ответственность сторон

5.1. **Исполнитель** несет ответственность перед **Заказчиком** за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.
5.2. **Исполнитель** несет ответственность непосредственно перед **Потребителем** за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
5.4. За нарушение сроков оплаты Исполнитель вправе требовать с Заказчика уплаты неустойки (пени) в размере не менее одной трехсотой действующей на дату уплаты неустойки ставки рефинансирования Центрального банка РФ от неуплаченной суммы за каждый день просрочки.
5.5. За нарушение сроков оказания услуг Заказчик вправе требовать с Исполнителя уплаты неустойки (пени) в размере не менее одной трехсотой действующей на дату уплаты неустойки ставки рефинансирования Центрального банка РФ от стоимости не оказанных в срок услуг за каждый день просрочки.
5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью **Потребителя** в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению **Исполнителем** в соответствии с законодательством Российской Федерации. При этом противоправность деяний причинителя вреда является необходимым условием наступления ответственности, так как вред, причиненный правомерно, возмещению не подлежит.
5.6. **Исполнитель** и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья.
5.7. **Заказчик** не несет перед **Потребителем** ответственности за исход медицинского обслуживания (лечения).

5. Порядок рассмотрения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
6.2. В случае недостижения соглашения в ходе переговоров, указанных в п. 6.1 настоящего Договора, заинтересованная Сторона направляет претензию в письменной форме, подписанную уполномоченным лицом. Претензия должна быть направлена с использованием средств связи, обеспечивающих фиксирование ее отправления (заказной почтой, телеграфом и т.д.) и получения, либо вручена другой Стороне под расписку.
6.3. К претензии должны быть приложены документы, обосновывающие предъявленные заинтересованной Стороной требования (в случае их отсутствия у другой Стороны), и документы, подтверждающие полномочия лица, подписавшего претензию. Указанные документы представляются в форме надлежащим образом заверенных копий.

Претензия, направленная без документов, подтверждающих полномочия лица, ее подписавшего, считается непредъявленной и рассмотрению не подлежит.
6.4. Сторона, которой направлена претензия, обязана рассмотреть полученную претензию и о результатах уведомить в письменной форме заинтересованную Сторону в течение 30 календарных дней со дня получения претензии.
6.5. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров Стороны передают их на рассмотрение в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия и иные условия договора

7.1. Срок действия настоящего Договора - с «__»_____ ____ г. по «__»_____ ____ г.
7.2. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
7.4. Платные медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя**, данного в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у **Исполнителя**, второй - у **Заказчика**.

8. Конфиденциальность

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора.
8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.
8.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:
-о форме и содержании договора;
-сведения о заболевших **Потребителях** и заболеваниях **Потребителя**;
-о ценах и выплатах за услуги, оказанные Исполнителем.

9. Адреса и реквизиты сторон

Заказчик:	**Исполнитель:**
_____ _____/_____/ М.П.	**ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»** 188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20 ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОКВЭД 85.11.1 ОГРН 1034700559244 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 УФК по Ленинградской области (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» л/с 20456Щ19450) ИНН 4703032701 КПП 470301001 Расчетный счет 40601810900001000022 В отделение по Ленинградской области Северо-Западного управления Центрального банка Российской Федерации. Сокращенное наименование – Отделение Ленинградское. БИК 044106001 (кор. счета нет) _____ _____/_____/ М.П.

Приложение № 1
К Договору №_____ от «___»_____201__г.
на оказание платных медицинских
услуг с юридическим лицом

Список потребителей

№ п/п	ФИО	Дата рождения	Паспортные данные	Адрес регистрации (фактического проживания)	Контактный телефон

Исполнитель:

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20
ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОКВЭД 85.11.1 ОГРН 1034700559244 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 УФК по Ленинградской области (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» л/с 20456Ц19450)
ИНН 4703032701 КПП 470301001
Расчетный счет 40601810900001000022
В отделение по Ленинградской области Северо-Западного управления Центрального банка Российской Федерации.
Сокращенное наименование – Отделение Ленинградское.
БИК 044106001 (кор. счета нет)
Тел.: 8 (81370) 24-219, Факс: 8 (81370) 24-320
Адрес эл. почты: vsev.crb@gmail.com

_____(должность)

_____/_____/(подпись, ФИО)

«_____»_____201___г.

М.П.

Заказчик:

_____/_____/(подпись, ФИО)

«____»_____201____г.

М.П.

Приложение № 2
К Договору №_____ от «___»_____201__г.
на оказание платных медицинских
услуг с юридическим лицом

Перечень платных медицинских услуг (Смета)

№ п/п	Наименование платных медицинских услуг	ФИО и должность врача, оказывающего платные мед. услуги	Ед. измерения	Количество	Стоимость услуги за ед., руб.	Общая стоимость, руб.
ИТОГО:						

Исполнитель:

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20
ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОКВЭД 85.11.1 ОГРН 1034700559244 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 УФК по Ленинградской области (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» л/с 20456Ц19450)
ИНН 4703032701 КПП 470301001
Расчетный счет 40601810900001000022
В отделение по Ленинградской области Северо-Западного управления Центрального банка Российской Федерации.
Сокращенное наименование – Отделение Ленинградское.
БИК 044106001 (кор. счета нет)
Тел.: 8 (81370) 24-219, Факс: 8 (81370) 24-320
Адрес эл. почты: vsev.crb@gmail.com

_____(должность)

_____/_____/(подпись, ФИО)

«_____»_____201___г.

М.П.

Заказчик:

С Правилами оказания платных услуг и Прейскурантом ознакомлен «Заказчик»:

_____
(подпись, Ф.И.О. полностью)

_____/_____/(подпись, ФИО)

«____»_____201____г.

М.П.

Приложение № 3
к Договору №_____ от «___»_____201__г.
на оказание платных медицинских
услуг с юридическим лицом

АКТ
оказанных медицинских услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг

г. Всеволожск «___» _____ 20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (далее – ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»), лицензия от _____ г. № _____ на осуществление медицинской деятельности, выдана Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (адрес места нахождения: 191024, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113, тел: 8 (812) 717-65-01), свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 07.02.2003 г. серия 47 № 000804207 выдано ИМНС по Всеволожскому району ЛО, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании приказа главного врача Шипачева Константина Викторовича №_____ от «___»_____20__ г., с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице
(наименование юридического лица)
_____, действующего на основании _____ ,
(должность, ФИО)
с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с _____ по_____ Исполнителем оказаны медицинские услуги **Заказчику** в составе:

№ п/п	Наименование платных медицинских услуг	ФИО и должность врача, оказывающего платные мед. услуги	Ед. измерения	Количество	Стоимость услуги за ед., руб.	Общая стоимость, руб.
ИТОГО:						

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»
188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20
ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОКВЭД 85.11.1 ОГРН 1034700559244 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 УФК по Ленинградской области (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» л/с 20456Щ19450)
ИНН 4703032701 КПП 470301001
Расчетный счет 40601810900001000022
В отделение по Ленинградской области Северо-Западного управления Центрального банка Российской Федерации.
Сокращенное наименование – Отделение Ленинградское.
БИК 044106001 (кор. счета нет)
Тел.: 8 (81370) 24-219, Факс: 8 (81370) 24-320
Адрес эл. почты: vsev.crb@gmail.com

_____(должность)

_____ /_____/(подпись, ФИО)

«_____»_____201___г.

М.П.

Заказчик:

_____(должность)

_____ /_____/(подпись, ФИО)

«____»_____201____г.

М.П.