|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Договор об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| г. Томск | | «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 | | | | |
|  | |  | | | | |
| Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России), в дальнейшем «Исполнитель» в лице Павлинская Ольга Александровна, действующего на основании доверенности от 16.12.2024 №184, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-00110-70/00288099 от 25.12.2020 г, выдана Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Томской области (634029, г. Томск, ул. Белинского, 19, тел. 8 (3822) 53 49 42) срок действия - бессрочно, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**), в дальнейшем именуемый «Потребитель», при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:  **1. Предмет договора**  1.1. Согласно настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги (далее – услуги), указанные в п. 1.2. настоящего Договора, а Потребитель (Пациент) обязуется оплатить эти услуги.  Перечень услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в приложении №1 к настоящему Договору.  1.2. Перечень предоставляемых платных медицинских услуг (Код, наименование, количество, цена услуги): | | | | | | |
| Код услуги | Название услуги | | Количество | Цена услуги (руб.) | Скидка,% | Cумма (руб.) |
|  |  | |  |  |  |  |
| Итого к оплате, руб. | | | | | |  |
| 1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  1.4. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».  1.5. Путем подписания настоящего договора Потребитель (Пациент) подтверждает и заверяет, что Исполнитель до подписания настоящего Договора уведомил в доступной и понятной форме и представил информацию необходимую для принятия Потребителем (Пациентом) осознанного объективного решения о получении платных медицинских услуг у Исполнителя:  а) о Перечне платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, с указанием цен в рублях;  б) о месте оказания платных медицинских услуг, юридическом и фактическом адресе Исполнителя, номере контактного телефона, адресе электронной почты, адресе в сети Интернет;  в) 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; сроках ее ожидания;  г) о сотрудниках организации, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги;  д) о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;  е) об обязанности соблюдать режим лечения, последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), правилах поведения пациента в медицинских организациях;  ж) способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, их почтовом адресе, адресе электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).  Указанная информация, прейскурант Исполнителя, а также лицензия на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в полном объеме представлены на официальном интернет-сайте Исполнителя (https://clinics.ssmu.ru/).  1.6. В соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Потребитель (Пациент) обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.  **2. Права и обязанности сторон**  2.1. Права и обязанности Исполнителя:  2.1.1. Оказать услуги, предусмотренные п. 1.2. настоящего Договора.  2.1.2. Оказать услуги квалифицированно, качественно в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи.  2.1.3. Оказать услуги в срок, предусмотренный Договором.  2.1.4. Условия и сроки ожидания медицинских услуг составляют не более 30 (тридцати) дней с момента оплаты. Медицинские услуги, указанные в пункте 1.2 Договора, должны быть оказаны в течение 30 (тридцати) дней с момента оплаты. По согласованию Сторон указанный срок может быть продлен.  2.1.5. Давать указания (рекомендации, носящие обязательный характер) Потребителю (Пациенту), предоставить бесплатную, доступную информацию о предоставляемой услуге.  2.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (Пациента).  Без согласия Потребителя (Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Согласие Потребителя (Пациента) оформляется в письменном виде путем заключения дополнительного соглашения.  В случае, если Исполнителю по объективным причинам не удаётся получить согласие Потребителя (Пациента) на предоставление дополнительных медицинских услуг (например, в случае, когда Потребитель (Пациент) не может выразить свою волю), не предусмотренных настоящим Договором, и оказание данных услуг продиктовано клинической необходимостью, Исполнитель вправе оказать такие услуги без получения согласия Потребителя (Пациента) на сумму, не превышающую 100 000 (сто тысяч) рублей. Клиническая необходимость предоставления дополнительных медицинских услуг и отсутствие объективной возможности взять согласие Потребителя (Пациента) на оказание дополнительных медицинских услуг определяется Исполнителем.  Потребитель (Пациент) заверяет, что дает согласие на оказание дополнительных услуг в указанном в настоящем пункте случае.  2.1.7. При появлении соответствующей возможности Исполнитель обязан немедленно проинформировать Потребителя (Пациента) об оказании дополнительных медицинских услуг, оказанных в соответствии с п. 2.1.6. Договора, а также обосновать необходимость их оказания.  2.1.8. Выдать Потребителю (Пациенту) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в порядке и сроки, установленные действующим законодательством.  По письменному требованию Потребителя (Пациента) указанные документы направляются на адрес электронной почты, указанный собственноручно при заключении настоящего Договора. | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2. Права и обязанности Потребителя (Пациента):  2.2.1. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о состоянии своего здоровья, известных ему аллергических реакциях, о контакте с инфекционными больными, о перенесенных заболеваниях и другие сведения, касающиеся состояния его здоровья. Сообщать Исполнителю обо всех изменениях в деятельности его организма, если даже эти изменения не влияют на исполнение предмета договора.  2.2.2. Принять оказанные услуги.  2.2.3. Выполнять все медицинские предписания Исполнителя, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.  2.2.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинских организациях, в том числе правила, установленные локальными актами Исполнителя (Клиник СибГМУ).  2.2.5. Являться на прием в строго назначенное время.  2.2.6. Предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием за 24 часа по телефону 8 800 250 54 43.  2.2.7. Произвести оплату стоимости услуг в соответствии с п. 3.2 настоящего Договора.  **3. Цена договора и порядок расчета**  3.1. Стоимость услуг по договору указана в п. 1.2 Договора.  3.2. Потребитель (Пациент) осуществляет 100% предоплату медицинских услуг при заключении Договора в кассу Исполнителя или на расчетный счет Исполнителя удобным для себя способом.  3.3. Потребителю (Пациенту) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдаются документы, подтверждающие произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовые чеки).  3.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью Договора.  **4. Ответственность сторон**  4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.  4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя (Пациента) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.  **5. Срок действия договора**  5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Cторонами условий договора.  **6. Порядок изменения и расторжения договора**  6.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по обоюдному согласию Сторон, по волеизъявлению Потребителя (Пациента).  6.2. Потребитель (Пациент) вправе отказаться от получения медицинской услуги при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.  **7. Особые условия**  7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.  7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.  7.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.  7.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.  7.4. Потребитель (Пациент), заключая Договор, основывается на достоверности, полноте и актуальности сведений, которые имеют для Потребителя (Пациента) существенное значение (ст. 431.2 ГК РФ). Потребитель (Пациент) заверяет, что ознакомлен со всей необходимой в соответствии с нормативными правовыми актами для заключения Договора информацией, которая размещена на сайте https://clinics.ssmu.ru/, берет на себя обязанность отслеживать ее изменения на сайте https://clinics.ssmu.ru/ и своевременно ознакамливаться с ними.  7.5. Потребитель (Пациент) осведомлен о возможности получения медицинской услуги в соответствующем объеме без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.  7.6. Потребитель (Пациент) добровольно соглашается на заключение Договора в Клиниках СибГМУ, отдавая предпочтение данному учреждению и его специалистам.  Потребитель (Пациент) информирован о том, что по полису ОМС какой-либо компенсации от Исполнителя не выплачивается.  7.7. Потребитель (Пациент) ознакомлен с информацией о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу (его образовании и квалификации), а также о методах оказания услуг, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинских услуг.  7.8. Потребитель (Пациент) подтверждает, что до заключения настоящего Договора он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.  7.9. Потребитель (Пациент) уведомлен об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в медицинских организациях в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».  7.10. Путём подписания настоящего Договора Потребитель (Пациент) выражает согласие на возможное предоставление ему платных медицинских услуг по его желанию, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по согласованию с Исполнителем.  **8. Реквизиты и подписи сторон** | | |
| **Исполнитель:**  **ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России**  **634050 г. Томск, Московский тракт, д.2**  **ОГРН 1027000885251**  **ИНН 7018013613**  **КПП 701701001**  **Орган, осуществивший**  **государственную регистрацию**  **юридического лица до 01.07.2002:**  **МУ «Томская регистрационная палата».**  **ГРН 1027000885251**  **19.11.2002** |  | **Потребитель:**  **ФИО:**  **Дата рождения:**  **Серия/номер паспорта:**  **Кем/когда выдан**  **Адрес проживания:**  **Контактный телефон:**  **email:**  **✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| С перечнем платных медицинских услуг, оказываемых Клиниками ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, и прейскурантом, размещенными на официальном сайте https://clinics.ssmu.ru/ru/ и на информационном стенде ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2025  Даю согласие на отправку результатов исследований и уведомлений информационного характера следующими способами: отправка электронного письма нас указанный мной электронный адрес, смс-сообщение, отправка сообщений с использованием сервиса обмена мгновенными сообщении, push-уведомления и др.  Я уведомлен (а) о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления письменного отказа в свободной форме на e-mail общего отдела ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России kanc@ssmu.ru.  Мне известно, что при передаче информации с использованием электронной почты существуют следующие риски:  а) разглашение информации третьими лицами при: доступе к электронной почте не уполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом не уполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи;  б) использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ.  Я понимаю возможность появления данных рисков и согласен принять их на себя. Также я отказываюсь от любых претензий за неполучение | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| информации в случае повреждения / нарушения настроек телефонной связи / электронной почты.  Разрешаю обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Договоре с целью сбора, хранения, обработки в персонифицированной базе данных Исполнителя. | | |
| **Оператор, получающий согласие**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Доверенность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **Потребитель**  **✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |