## Муниципальное бюджетное учреждение

## «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»

652515, РФ, Кемеровская область, г. Ленинск-Кузнецкий, пр. Кирова д. 83, помещение 1

Тел./факс (38456) 7-32-36, Е-mail: [lk\_crdp@rambler.ru](mailto:lk_crdp@rambler.ru)

ОКПО 43842712, ИНН/КПП 4212014958/421201001

ОГРН 1024201306920, регистрирующий орган - Межрайонная инспекция ФНС № 2 по Кемеровской области

## Договор № \_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Ленинск-Кузнецкий «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

**Муниципальное бюджетное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (МБУ «Реабилитационный центр»)** в лице директора Юрасовой Светланы Анатольевны, действующего на основании Устава, утвержденного приказом УСЗН администрации Ленинск-Кузнецкого городского округа от 12.02.2016 года № 18 (с изменениями от 29.11.2016 № 73), лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-42-01-004316 от 14 апреля 2016 года, выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области (г. Кемерово, пр-т. Ленина, д. 121Б, тел./факс 8(3842) 54-69-62, сайт – medfarm.kemobl.ru), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны и родитель или законный представитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего полномочия представителя)

в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения несовершеннолетнего)

именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Для целей настоящих правил используются следующие основные понятия:

**«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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**«Заказчик» -** физическое и (или) юридическое лицо, имеющее намерение заказать либо заказывающее платные медицинские услуги для себя или иных лиц на основании договора в пользу потребителя;

**"Исполнитель"** - организация, предоставляющая платные медицинские услуги **Потребителям** по возмездному договору.

1.2. Платные медицинские услуги на условиях настоящего Договора оказываются несовершеннолетнему, не являющемуся инвалидом в возрасте от 0 до 18 лет (далее - Потребитель).

1.3. Исполнитель берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги Потребителю на иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Заказчик обязуется оплатить стоимость платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора;

1.4. Гарантируемые Исполнителем виды и объемы платных медицинских услуг, в соответствии с Приложением № 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора, возмещаются Заказчиком согласно утвержденных постановлением Администрации Ленинска-Кузнецкого городского округа Тарифов на платные услуги от 25.03.2016 № 470 «Об установлении тарифов на платные услуги муниципальных бюджетных учреждений социальной защиты населения».

**2. Стоимость услуг, порядок оплаты и возврата денежных средств**

2.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется на основании сметы на оказание платных медицинских услуг в Приложении № 1 к настоящему договору и Тарифов, установленных на момент заключения Договора.

2.2. Общая сумма настоящего Договора определяется и согласовывается Сторонами в **Приложении № 1**, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Оплата по настоящему Договору производится Заказчиком в размере **100% предоплаты** от стоимости платных медицинских услуг, согласованных Сторонами в Приложении № 1. Оплата производится Заказчиком на основании настоящего Договора, по выставленному счету до поступления или в день поступления Потребителя в Реабилитационный центр.

2.4. Оплата платных медицинских услуг производится путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или на лицевой счетИсполнителя в любом отделении Сбербанка через терминал, кассу, а так же мобильный или онлайн банк.

2.5. В случае изменения объема платных медицинских услуг (увеличения либо уменьшения, по согласованию Сторон) Заказчик производит предоплату в размере 100% от стоимости дополнительных услуг до момента их оказания, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или на лицевой счет Исполнителя.

2.6. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически исполненные медицинские услуги.

2.7. **Заказчику** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности) и акт на выполнение работ-услуг.

2.8. В случае нарушения Исполнителем договорных обязательств по срокам Заказчик имеет право на возврат оплаченных денежных средств в 10-дневный срок со дня предъявления соответствующего требования.

2.9. **Порядок возврата денежных средств:**

- при наличии денежных средств в кассе Исполнителя на дату обращения, выдаются из кассы;

- в случае отсутствия денежных средств в кассе Исполнителя на дату обращения, в 10-дневный срок средства возвращаются безналичным перечислением на счет Заказчика.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. **Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказывать необходимые платные медицинские услуги Потребителюв соответствии с профилем, методами профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации;

3.1.2. Сохранять конфиденциальность информации о здоровье Потребителя, истории семьи и семейных взаимоотношений, в рамках установленных законодательством Российской Федерации;

3.1.3. Обеспечить по требованию Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

3.1.4. Предоставить выписку об оказанных медицинских услугах;

3.1.5. Обеспечить защиту от всех форм психического и физического насилия во время нахождения в Реабилитационном центре;

3.1.6. Уважать права Потребителя и Заказчика;

3.2. **Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг, в случае неисполнения Заказчиком обязательств по оплате в соответствии с п. 2.3. договора;

3.2.2. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг, в случае отказа Заказчика выполнять рекомендации специалистов Реабилитационного центра, нарушений Заказчиком и (или) Потребителем назначений врача и охранного режима;

3.2.3. Самостоятельно выбирать и использовать методы лечения, приемы и средства, направленные для развития Потребителя;

3.2.4. Использовать результаты оказанных медицинских услуг Потребителю в научных целях без указания его фамилии, имени, отчества и адреса проживания;

3.2.5. **Расторгнуть досрочно договор в случаях:**

• Отказа Заказчика в предоставлении необходимых документов в соответствии с п. 3.3.2.

• При систематическом нарушении положений настоящего Договора;

• При отсутствии Потребителя более 2-х дней по неуважительной причине или болезни Потребителя более чем 5 дней подряд.

3.2.6. Досрочное расторжение Договора допускается после уведомления Заказчикав письменной форме;

3.3. **Заказчик обязан:**

3.3.1. В полном объеме оплатить Исполнителюстоимость платных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора до момента оказания услуг;

3.3.2. **Предоставить необходимые документы** исведения о Потребителе и состоянии его здоровья перед зачислением в отделение реабилитационного центра:

а) историю развития Потребителя (Ф. №112) или амбулаторную карту Потребителя (Ф. №025/У);

б) анализ кала на яйца глистов;

в) справку об эпидемиологическом окружении с отметкой на чесотку и педикулез;

3.3.3. Выполнять назначения врачей и рекомендации специалистов Реабилитационного центра;

3.3.4. Строго соблюдать правила внутреннего распорядка;

3.3.5. Информировать врача-педиатра реабилитационного центра о состоянии Потребителя, при наличии у него явных симптомов острых респираторных и хронических заболеваний и отказаться от поступления на лечение;

3.3.6. В течение одного дня известить специалиста Реабилитационного центра о болезни Потребителя или причинах его отсутствия;

3.3.7. Следить за чистотой одежды и тела несовершеннолетнего, соблюдать правила санитарной гигиены;

3.3.8. Следить за поведением Потребителя во время пребывания в Реабилитационном центре;

3.3.9. Являться на лечение с Потребителем в указанный срок;

3.3.10. Выполнять требования, предусмотренные настоящим Договором;

3.3.11. Оставаться с Потребителем, находящимся в Реабилитационном центре, в течение необходимого времени, учитывая режим работы Реабилитационного центра.

3.4. **Заказчик имеет право:**

3.4.1. На получение Заказчиком полной информации об оказываемых платных медицинских услугах Потребителю;

3.4.2. Расторгнуть настоящий Договор в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.4.3. В случае нарушения Исполнителем договорных обязательств по срокам Заказчик имеет право:

- назначить новый срок оказания платных медицинских услуг;

- потребовать соответствующего уменьшения цены оказываемой услуги;

- поручить оказание услуг третьим лицам за разумную цену и потребовать от Исполнителя возмещение понесенных расходов;

- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законном порядке.

**4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

4.1. На предоставление платных медицинских услуг составляется **Смета** - Приложение № 1, которая является неотъемлемой частью настоящего Договора;

4.2. Для разъяснения Заказчику условий, оказываемых платных медицинских услуг, Исполнительсоставляет **Информированное добровольное согласие** – Приложение № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора;

4.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных Договором, Исполнительобязан предупредить об этомЗаказчика. Заказчик вправе отказаться от дополнительных услуг, а если они оплачены, потребовать возврата уплаченной суммы. Согласие Заказчика на выполнение дополнительных услуг оформляется в письменной форме;

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4.5. Режим работы отделения дневного пребывания Реабилитационного центра:

• с понедельника по четверг с 8-00 до 17-00; пятница с 8-00 до 16-00;

Выходные дни: суббота, воскресенье, праздничные дни.

4.6. Работа Реабилитационного центра может быть прекращена в случае непредвиденных обстоятельств, вызванных независящими от администрации причинами: карантин, эпидемия, отсутствие воды, теплоснабжения, электроэнергии, отсутствие специалиста, оказывающего платные медицинские услуги по причине временной нетрудоспособности и других форс-мажорных обстоятельствах (п.5.5.1.);

4.7. Запрещено курить в помещении Реабилитационного центра, на прилегающей территории и прогулочном участке в соответствии с Федеральным законом от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»;

4.8. Все споры и разногласия по предмету Договора решаются сторонами путем переговоров;

4.9. Конфликты, возникающие между сторонами, решаются директором Реабилитационного центра, а в особых случаях конфликтной комиссией с участием представителя Управления социальной защиты населения и в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**5.Ответственность сторон**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение ими настоящего Договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

5.2. Услуги Реабилитационного центра не обязательно приведут к улучшению состояния здоровья Потребителя, это зависит от тяжести заболевания и других причин;

5.3. Ответственность за сроки и качество оказания услуг несет Исполнитель.В случае нарушения установленных сроков или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору, Исполнитель уплачивает Заказчику за каждый день просрочки неустойку (пеню) в размере трех процентов цены выполнения услуги. Сумма взысканной Заказчиком неустойки (пени) не может превышать цену отдельного вида услуги;

5.4.Заказчиквправе направить Исполнителю претензию (отказ от приемки услуг) в письменной форме с указанием сроков устранения выявленных недостатков;

5.5. Требования Заказчика, установленные в пункте 5.3. настоящего Договора, не подлежат

удовлетворению, если Исполнитель докажет, что нарушение сроков выполнения услуги произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Заказчика;

5.5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор). Для целей настоящего Договора «форс-мажор» означает событие, находящееся вне разумного контроля стороны и приводящее к тому, что выполнение стороной ее обязательств по Договору становится невозможным или настолько бессмысленным, что в данных обстоятельствах считается невозможным и включает, но не ограничивается такими явлениями, как война, волнения, общественные беспорядки, землетрясения, пожар, эпидемии, наводнение и другие неблагоприятные метеорологические условия, забастовки, конфискация или другие действия государственных органов.

5.5.2. Сторона, пострадавшая от события форс-мажора, должна предпринять все разумные меры, чтобы в кратчайшие сроки преодолеть невозможность выполнения своих обязательств по настоящему Договору;

5.5.3. Сторона, пострадавшая от события форс-мажора, должна как можно скорее уведомить другую сторону о таком событии, по крайней мере, не позднее чем через 14 (четырнадцать) дней после этого события, предоставив при этом информацию о характере и причине этого события с приложением документов, подтверждающих факт события, а также как можно скорее сообщить о восстановлении нормальных условий.

5.5.4. Стороны должны принять все разумные меры для сведения к минимуму последствий любого события форс-мажора.

5.6. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6. Срок действия договора**

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и определяется:

• амбулаторное лечение (ежедневно, \_\_\_ раз в неделю и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* консультационные и разовые услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* пребывание лица, сопровождающего несовершеннолетнего, в условиях отделения круглосуточного пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.2. Договор действует до полного исполнения сторонами всех обязательств, предусмотренных настоящим Договором.

**7. Порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Досрочное прекращение Договора устанавливается на основаниях указанных в пунктах 3.2.5 и 3.2.6 настоящего Договора;

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

7.3. Настоящий Договор, может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда, или в связи с односторонним отказом Стороны Договора от исполнения Договора в соответствии с гражданским законодательством РФ.

7.4. Требование об изменении или о расторжении Договора может быть заявлено Стороной в суд только после получения отказа другой Стороны на предложение изменить или

расторгнуть Договор либо неполучения ответа в срок, указанный в предложении, а при его отсутствии - в тридцатидневный срок.

**8. Заключительные положения**

8.1. Договор на оказание платных медицинских услуг составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

8.2. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

1. Приложение № 1 – Смета на оказание платных медицинских услуг.

2. Приложение № 2 – Информированное добровольное согласие Заказчика на оказание платных медицинских услуг.

**9. Реквизиты и подписи сторон**

**Исполнитель Ф.И.О. Потребителя:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| муниципальное бюджетное учреждение «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»  (МБУ «Реабилитационный центр»)  ИНН 4212014958  КПП 421201001  УФК по Кемеровской области л/с 20396Х02040  Банк: ОТДЕЛЕНИЕ КЕМЕРОВО Г. КЕМЕРОВО  БИК 043207001  Р/с 40701810500001000015  ОГРН 1024201306920  ОКПО 43842712  ОКВЭД 87.90; 88.10  В назначении платежа указывать:  КБК-00000000000000000130 оплата платных медицинских услуг по счету №\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Директор  С.А. Юрасова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Ф.И.О. Заказчика:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес прописки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон для связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. |  |