**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Брянская областная станция переливания крови», лицензия № ЛО 32-01-000697 от 25.09.2013г., в лице главного врача Пехова Дмитрия Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. «Потребитель» получает, а «Исполнитель» обязуется оказать платные медицинские услуги (далее по тексту - «медицинские услуги»), отвечающие требованиям, предъявленным к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации, по взаимному согласию и по желанию «Потребителя».

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых «Потребителю» на платной основе, указаны в прейскуранте цен «Исполнителя», действующего на дату составления настоящего договора, а номенклатура услуг указаны в действующей лицензии, с которым «Потребитель» может ознакомиться на информационном стенде в ГБУЗ «БОСПК», и являющиеся неотъемлемой частью договора.

1.3. Даю свое добровольное согласие на оказание следующих платных медицинских услуг.

**2. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок расчетов**

2.1. Цена настоящего договора определяется видом оказанных услуг, их количеством и стоимостью, согласно Прейскуранту цен на платные медицинские услуги, действующего на момент оказания медицинской услуги.

2.2. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору определяется согласно приложению 1 к настоящему договору и Прейскуранту цен.

2.3. Оплата медицинских услуг осуществляется «Потребителем» в порядке 100% предоплаты стоимости услуг по прейскуранту до получения медицинской услуги путем внесения денежных средств в кассу «Исполнителя».

2.4. Срок оказания медицинской услуги При получении результатов после 15:00 следующего за забором крови рабочего дня.

2.5.Итого общая сумма по Договору составляет 350,00 (Триста пятьдесят) рублей.

|  |  |
| --- | --- |
| Определение антител класса G к SARS-CoV-2 | КОД А26.06.SARS-CoV-2 IgG |

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. «Исполнитель» обязуется:

- обеспечить до подписания настоящего договора «Потребителя» бесплатной, доступной и достоверной информацией, содержащей: свое наименование, адрес, место нахождения; сведения о лицензии на медицинскую деятельность, перечень платных медицинских услуг с указанием стоимости; сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, об уровне их профессионального образования; режиме работы, другие сведения, относящиеся к предмету договора;

- до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие «Потребителя»;

- обеспечить своевременное и качественное предоставление медицинских услуг в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации в установленный настоящим договором срок;

- использовать в процессе диагностики только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой практикой;

- соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья «Потребителя» (врачебную тайну);

- выдать «Потребителю» кассовый чек, подтверждающий прием денежных средств.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- требовать от «Потребителя» предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

-в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата «Потребителю» стоимости оплаченной услуги.

3.3. «Потребитель» обязуется:

- оплатить медицинские услуги своевременно и в полном объеме;

- выполнять требования и указания медицинского персонала «Исполнителя», обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинской услуги.

3.4. «Потребитель» имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала «Исполнителя»;

- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных при его обследовании;

- отказ от медицинских исследований;

- получение результатов проведенных исследований;

- на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

- в случае несоблюдения «Исполнителем» обязательств по срокам исполнения услуг не по вине «Потребителя», последний вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуги и получить обратно оплаченную сумму.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору «Стороны» несут ответственность в соответствии с настоящим действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. «Стороны» освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а так же по иным основаниям, предусмотренным законом.

**5. Информация о предоставляемых услугах**

5.1. Датой начала предоставления медицинских услуг считается дата заключения настоящего договора.

**6. Срок действия договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения возложенных на них обязательств.

6.2. Досрочное расторжение договора возможно по соглашению сторон, а так же по другим основаниям, Предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

**7. Прочие условия**

7.1. Место оказания услуг:241007, г. Брянск, ул. 3 Июля, д.48.

7.2. Все споры, возникающие между «Исполнителем» и «Потребителем», возникающие в процессе исполнения настоящего договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

7.4. В соответствии с лицензией «Исполнитель» вправе оказывать медицинские услуги согласно Прейскуранту, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

**8. Адреса и подписи сторон**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ПАЦИЕНТ**

|  |  |
| --- | --- |
| ГБУЗ «Брянская областнаястанция переливания крови»241007, г.Брянск, ул.3 Июля, д.48т/ф (4832) 64-88-64ИНН 3201003889КПП 325701001р/сч 03224643150000002701 ОТДЕЛЕНИЕБРЯНСКА БАНКА РОССИИ//УФК по Брянской области г.Брянск БИК 011501001 Л/С 20814004650 в департаменте финансов Брянской областиНомер счета банка плательщика:40102810245370000019Главный врач Д.А. Пехов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО подпись | Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО подпись |
|  | ДатаТел. пациента: |

Согласие на отправку результатов по электронной почте

Я,

(Ф.И.О. пациента)

прошу Вас осуществить отправку информации о результатах медицинских анализов, сданных мною в ГБУЗ «БОСПК», по электронной почте:

(телефон,адрес электронной почты ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)

Подписывая данное согласие, я проинформирован (а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам.

За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов ГБУЗ «БОСПК» ответственности не несет.

 (Подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заполняется медицинским работником

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ВИЧ (covid, геп) |  | БХ |  | Гормоны |  | Иммун |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ВИЧ (прочее) |  | Клиника |  | Коауголог |  |  |  |

Согласие на отправку результатов на портал «ГОСУСЛУГИ»

Я,

(Ф.И.О. пациента ПОЛНОСТЬЮ)

Дата рождения

Пол

Паспорт

(серия, номер)

СНИЛС

(номер)

Адрес регистрации\Адрес фактического проживания (регион)

Телефон

даю свое согласие на передачу результатов исследования на наличие возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ИФА, на наличие антител к возбудителю новой коронавирусной инфекции (COVID-19), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами в ФГИС "Единый портал государственных и муниципальных услуг".

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (дата, время)