**ДОГОВОР**

**на оказание медицинских услуг за счет бюджетного финансирования в рамках программы государственных гарантий**

**(Отделение лечебной физкультуры)**

г. Челябинск                  "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер» Министерства здравоохранения Челябинской области,** влице главного врача Номеровской Татьяны Александровны, действующего на основанииУстава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

* 1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать учащимся организации Заказчика на условиях бюджетного финансирования в рамках программы государственных гарантий, медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется принять оказываемые услуги и обеспечить выполнение условий настоящего Договора.
  2. Перечень учащихся организации Заказчика (далее - Пациенты) имеющих право на оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора, указывается в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.
  3. Объем услуг, оказываемых каждому Пациенту, определяется медицинскими показаниями и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
  4. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
  5. При предоставлении медицинских услуг в рамках настоящего договора Пациент дает в письменной форме свое согласие на обработку его персональных данных, при оказании ему медицинских услуг и уведомляется о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
  6. Место оказания медицинских услуг – по месту нахождения Исполнителя: г. Челябинск, ул. Красного Урала, 20

**2. Права и обязанности сторон**

* 1. Исполнитель обязуется:
     1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными актами российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации **в рамках выделенных ассигнований и лимитов.**
     2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
     3. Обеспечивать применение только разрешенных в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.
     4. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о способах лечения.
     5. Вести медицинскую документацию в установленном законом порядке.
  2. Исполнитель имеет право:
     1. Требовать от Пациента предоставления всей информации необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.
     2. Требовать от пациента бережного отношения к имуществу учреждения Исполнителя и соблюдения им правил внутреннего распорядка учреждения.
  3. Заказчик обязан:
     1. При изменении состава учащихся организации Заказчика, имеющих право на предоставление медицинских услуг в рамках настоящего договора, вносить изменения в Приложение № 2 к настоящему договору, путем направления Исполнителю, измененного текста Приложения № 2 в двух экземплярах, для рассмотрения и подписи, до начала оказания медицинской услуги.
     2. Обеспечить выполнение Пациентами, правил внутреннего распорядка, режима работы учреждения Исполнителя.
     3. При отсутствии разногласий, рассмотреть и подписать акт оказанных услуг по настоящему договору, представленный Исполнителем.
  4. Пациент имеет право:
     1. На выбор врача-специалиста.
     2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
     3. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
     4. На защиту сведения составляющих врачебную тайну.
     5. На отказ от медицинского вмешательства.
     6. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1. **Порядок финансирования**
   1. Финансирование медицинских услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему договору производится за счет бюджетных средств, в рамках программы государственных гарантий и выделенных ассигнований и лимитов на текущий период.
   2. Виды и количество медицинских услуг, фактически оказанных Заказчику по настоящему Договору, подтверждается Актами оказанных медицинских услуг.
   3. Акты оказанных медицинских услуг, составляются в конце периода действия договора на основании медицинской документации, по фактически оказанным медицинским услугам учащимся организации Заказчика (Пациентам).

**4. Ответственность сторон**

* 1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
  2. Вред, причиненный здоровью Пациента в результате некачественно оказанной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
  3. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по настоящему Договору, решаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия в судебном порядке.

1. **Прочие условия**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до 30.09.2019.
   2. Настоящий Договор может быть изменен или досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения, подписанному Сторонами по договору.
   3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Все приложения, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

Приложения:

1. Приложение № 1 - Перечень медицинских услуг.
2. Приложение № 2 - Перечень учащихся организации Заказчика (Пациентов), имеющих право на оказание медицинских услуг по настоящему договору.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ГБУЗ «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер»**  **Юридический адрес:**  454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д.70, строение 1 232-79-86, 740-10-79  **Эл.адрес:** guz\_chovfd\_1@mail.ru  **ОГРН** 1027403883495  **ИНН/КПП** 7453022453/745301001  ОКАТО 75401386000, ОКПО 36902563  **Платежные реквизиты:**  УФК по Челябинской области (Министерство финансов Челябинской области л.с. 02692000080, ГБУЗ «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер»  л.с. 20401602192 ГЗ)  счет 40601810500003000001  Отделение Челябинск  г. Челябинск, БИК 047501001  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Номеровская Т.А./  МП | **ЗАКАЗЧИК:**  **Юридический адрес:**  **ОГРН**  **ИНН/КПП**  **Платежные реквизиты:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  МП |

Приложение №1 к договору

на оказание медицинских услуг за счет бюджетного финансирования

в рамках программы государственных гарантий

№\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

**ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**-** Консультация врача по лечебной физкультуре;

- Комплекс лечебной физкультуры групповым методом.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ГБУЗ «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер»**  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Номеровская Т.А./  МП | **ЗАКАЗЧИК:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  МП |

Приложение № 2 к договору

на оказание медицинских услуг за счет бюджетного финансирования

в рамках программы государственных гарантий

№\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г.

**ПЕРЕЧЕНЬ УЧАЩИХСЯ И ТРЕНЕРОВ ОРГАНИЗАЦИИ (ПАЦИЕНТОВ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, Имя, Отчество пациента | Кол-во пациентов/ год рождения \*\* |
| **1** | **2** | **3** |
|  | ФИО пациента | Год рождения |
|  | --- // ----- | --- // ----- |
|  | --- //---- | --- //---- |

Итого заявленных пациентов \_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек, из них:

дети до 18 лет \_\_\_\_\_\_\_\_ человек

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ГБУЗ «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер»**  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Номеровская Т.А./  МП | **ЗАКАЗЧИК:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  МП |

