**ДОГОВОР**

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

г. Челябинск                   "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 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 организовать оказание спортсменам, учащимся и тренерам 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 спортсменов, учащихся и тренеров организации Заказчика (далее - Пациенты) имеющих право на получение 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. Воровского, 70, строение 1., ул. Тимирязева, 19, 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 спортсменов, учащихся и тренеров 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.
     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 консультаций врачей-специалистов.
     4. 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.
     5. На защиту сведения составляющих врачебную тайну.
     6. На отказ от медицинского вмешательства.
     7. 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 года на основании медицинской документации, по фактически оказанным медицинским услугам спортсменам, учащимся и тренерам 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 31.12.2020.
   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 спортсменов, учащихся и сотрудников организации Заказчика (Пациентов), имеющих право на оказание медицинских услуг по настоящему договору.
3. Приложение №3 – Примечания к договору.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  **ГБУЗ «Челябинский областной врачебно-физкультурный диспансер»**  **Юридический адрес:**  454076, г. Челябинск, ул. Воровского, д.70, строение 1  **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

№\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

**ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**-** Клиническое обследование у врача спортивной медицине и лечебной физкультуре;

- Обследование у специалистов:

невролога, кардиолога (по показаниям), офтальмолога, оториноларинголога, травматолога-ортопеда

- ЭКГ в покое и при нагрузке;

- Эхокардиограмма (по показаниям);

- Антропометрия;

- Функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой;

- Клинический анализ крови;

- Клинический анализ мочи;

- Интегральное заключение о состоянии здоровья, функциональных возможностях с учетом показателей функционально-диагностических, лабораторных и антропометрических исследований.

|  |  |
| --- | --- |
| **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

№\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Фамилия, Имя, Отчество тренера/спортсмена\* | Кол-во спортсменов/ год рождения \*\* | Вид спорта\*\*\* |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
|  | ФИО тренера | Кол-во | Вид спорта |
|  | ФИО спортсмена | Год рождения |  |
|  | --- // ----- | --- // ----- |  |
|  | --- //---- | --- //---- |  |
|  | Перечислить всех спортсменов, занимающихся у данного тренера |  |  |
|  | ФИО тренера | Кол-во | Вид спорта |
|  | ФИО спортсмена | Год рождения |  |
|  | --- // ----- | --- // ----- |  |
|  | --- //---- | --- //---- |  |
|  | Перечислить всех спортсменов, занимающихся у данного тренера |  |  |

**\*** в графе №2 указывать ФИО тренера, далее ниже по графе перечислить ФИО спортсменов тренирующихся у данного тренера;

**\*\*** в графе №3 напротив ФИО тренера указываем количество занимающихся спортсменов, а напротив спортсменов указать год рождения;

**\*\*\*** в графе №4 вид спорта достаточно указать только напротив ФИО тренера.

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

тренеров \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек

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

спортсменов I разряда \_\_\_\_\_\_\_\_ человек

спортсменов II разряда \_\_\_\_\_\_\_\_ человек

спортсменов III разряда \_\_\_\_\_\_\_\_ человек

спортсменов КМС \_\_\_\_\_\_\_ человек

спортсменов МС \_\_\_\_\_\_ человек

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

Приложение №3 к договору

на оказание медицинских услуг за счет бюджетного финансирования

в рамках программы государственных гарантий

№\_\_\_ "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

**Примечания к договору**

1. Сроки дополнительного медицинского осмотра устанавливаются спустя 6 месяцев после УМО, УМО проходят 2 раза в год;
2. Экспертное заключение о допуске к тренировкам, УТЗ и соревнованиям проводятся при наличии осмотра узких специалистов (невролог, кардиолог (по показаниям), оториноларинголог, офтальмолог, травматолог-ортопед), результатов клинических анализов, результатов функционального исследования (сердечно - сосудистой и дыхательной систем), **наличие флюорографического исследования легких, р.Манту (прививочный сертификат), осмотра врача по спортивной медицине;**
3. Допуск на соревнования выдается спортсмену после дополнительного медицинского осмотра**, не ранее чем за 1 неделю до начала соревнований.**
4. Дополнительный медицинский осмотр включает в себя осмотр врача по спортивной медицине с ЭКГ исследованием.
5. При прохождении УМО спортсменам при себе иметь документ, удостоверяющий личность, амбулаторную карту с места жительства (выписку из нее), оформленное согласие на медицинское вмешательство (детям до 15 лет, заполненное одним из родителей или законным представителем, старше 15 лет заполненное самостоятельно) бланк прилагается;
6. При прохождении УМО спортсменам достигшим 15-ти лет и старше иметь результаты флюорографического исследования, спортсменам младше 15-ти лет иметь при себе прививочный сертификат, с результатами пробы Манту включая последний год;
7. При прохождении диспансеризации, присутствие ответственного тренера в диспансере, **обязательно;**
8. **При проведении диспансеризации обеспечить порядок и дисциплину ответственным тренером в соответствии с имеющимся Договором;**
9. В случае несвоевременного прохождения УМО, сроки согласовываются индивидуально с заведующим отделением спортивной медицины.

|  |
| --- |
| *При возникновении вопросов по оказанию медицинской услуги просим обращаться:*  *8 (351) 237-24-05* Заведующий отделением по спортивной медицине № 1  Гнусарёв Игорь Сергеевич  *8 (351) 232-79-89* Заведующий отделением по спортивной медицине № 2  Носов Сергей Владимирович  *8 (351) 237-24-05* Заместитель главного врача по медицинской части  Конькова Светлана Вадимовна  *8 (351) 232-79-86*  Главный врач ГБУЗ «ЧОВФД»  Номеровская Татьяна Александровна  *Благодарим Вас за организацию диспансеризации, за соблюдение дисциплины и бережное отношение к имуществу Диспансера* |

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

**АКТ**

оказанных медицинских услуг

по договору на оказание медицинских услуг за счет бюджетного финансирования

г. Челябинск «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_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

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

*(наименование учреждения Заказчика)*

именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице

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

*(должность, ФИО руководителя)*

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(документ- основание полномочий руководителя)*

с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем.

В период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Исполнителем были оказаны медицинские услуги учащимся и тренеров организации Заказчика (Пациентам) в составе:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Ед.изм.** |
| 1 | Углубленный медицинский осмотр |  |  |

Вышеперечисленные услуги оказаны качественно и своевременно. Претензий по объемам, качеству и срокам предоставления медицинских услуг Заказчик не имеет.

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

