**Договор на медицинское обслуживание № \_\_\_\_\_\_**

г. Пермь«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

 Общество с ограниченной ответственностью «Благодар», далее Центр, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ракинцева Николая Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., паспорт РФ серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинские услуги в Центре (далее – Услуги), указанных в приложении №2 к настоящему договору, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора, а Пациент обязуется оплатить услуги в сроки и порядке установленные настоящим Договором.

1.2. Пациент принимается на медицинское обслуживание c письменного заявления (Приложение №1), в соответствии с принципом добровольности получения услуг.

1.3. Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные настоящим договором, за отдельную плату по отдельно заключенным дополнительным соглашениям к настоящему договору с Центром. Данные услуги согласовываются с Пациентом отдельно.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг по тарифу \_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в сутки. Предоплата по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

2.2. Оказание услуг по настоящему Договору осуществляется по 100% предоплате. Днем списания денежных средств считается поступление данных средств на расчетный счет исполнителя. 100% предоплата оказания услуг является существенным условием настоящего Договора.

2.3. Исполнитель имеет право изменить обусловленную настоящим Договором сумму оплаты, предусмотренную п. 2.1. настоящего Договора. В случае изменения стоимости стационарного социального обслуживания, Исполнитель обязан уведомить Пациента в течение 5 рабочих дней со дня утверждения изменений. Исполнитель вправе направить уведомление Пациенту по средствам электронной связи на адрес электронной почты указанный в п. 9 настоящего Договора.

2.4 Расчетным периодом проживания с набором услуг является один месяц, либо другой оговоренный срок.

2.5 Предоплата вносится за весь расчетный период помесячно при долгосрочном договоре, день внесения предоплаты \_\_\_\_ число.

2.6 Оплату по данному договору может вносить родственник Пациента согласно Приложению № 4.

2.7 Родственник Пациента, либо Пациент вносят залог \_\_\_\_\_\_\_\_\_(рублей), по которому «Исполнитель» обязан предоставить место Пациенту к определенной дате \_\_\_\_\_.

2.8 В случае отказа «Пациента» или его родственника от поступления в Центр на эту дату, залог «Исполнителем» «Пациенту» не возвращается, а учитывается как компенсация за понесенные убытки.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Пациент обязуется:

3.1.1. Оплатить оказанные Пациенту услуги в сроки и на условиях настоящего Договора

3.1.2. В случае расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента, он обязан незамедлительно в течении календарного дня покинуть Центр.

3.1.3. Пациент обязан своевременно и за свой счет обеспечить себя необходимыми техническими средствами ухода и гигиены, а также лекарственными препаратами, которые не предусмотрены в Центре.

3.1.4. Родственники Пациента обязаны соблюдать режим посещения, установленный в Центре.

3.1.5. В случае смерти Пациента, находящегося в Центре, эвакуация производится платно в размере 3000 рублей.

3.1.6. Пациент гарантирует отсутствие контагиозных кожных, инфекционных, вирусных заболеваний, туберкулеза, предагонального состояния, а также иных заболеваний указанных в Приложении № 3 к настоящему договору. При выявлении данных заболеваний в первые часы или дни пребывания в Центре, Пациент обязуется обратиться в медучереждение и возместить затраты Исполнителю по обслуживанию в размере 2000 (две тысячи рублей) рублей за каждый день проживания.

3.1.7. В случае, если Пациент является недееспособным, опекун Пациента обязуется предоставить Исполнителю Акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или Акт о временном назначении опекуна, а также решение суда о лишении Пациента дееспособности, кроме этого разрешение органов опеки и попечительства на помещение недееспособному в Центр.

3.2. Пациент вправе:

3.2.1. требовать от Исполнителя оказания услуг согласно объему и качеству

3.2.2. получать достоверную информацию о своем здоровье, а также о ходе оказания услуг, предусмотренных настоящим Договором в установленные часы приёма директора Центра.

3.2.3. отказаться от исполнения настоящего Договора досрочно при условии полной оплаты Исполнителю фактически оказанных услуг Пациенту на день отказа.

3.2.4. Пациент вправе по собственной инициативе временно уходить из Центра, не расторгая настоящий Договор ( прогулки, парикмахерская, нотариус, МРТ и т.д.) предварительно уведомив об этом директора и только в сопровождении родственников.

3.3. Пациент обязан соблюдать Правила внутреннего распорядка Центра.

3.4. Пациент не вправе заниматься самовольной перепланировкой палаты, отведенной Пациенту для проживания. В случае внесения изменений в отведенной Пациенту палате, Исполнитель вправе потребовать немедленного их устранения силами и средствами Пациента, либо его родственников.

3.5. Исполнитель имеет право:

3.5.1. Центр вправе подписывать Договор факсимильной подписью директора.

3.5.2. Осуществлять видеонаблюдение на всей территории Учреждения, включая комнаты Пациентов с целью обеспечения сохранения их жизни и здоровья.

3.5.3. В случае нарушения условий настоящего Договора Центр оставляет за собой право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив Пациента за 5 календарных дней, и доставить Пациента по месту жительства Пациента. Расходы по транспортировке Пациента устанавливаются Исполнителем в одностороннем порядке и в обязательном порядке возмещаются Пациентом.

3.5.4. В соответствии с медицинскими показаниями Пациента Исполнитель вправе переселить Пациента в комнату находящуюся в Центре, отвечающую его медицинским показаниям.

3.6. Исполнитель обязан:

3.6.1. Качественно и в полном объеме оказывать Пациенту медицинские услуги по настоящему Договору.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
2. При несоблюдении Исполнителем условий настоящего Договора Пациент вправе расторгнуть Договор при условии оплаты Исполнителю фактически понесенным им расходов.

4.3. В случае нарушения Пациентом Раздела 2 (п. 2.1.- 2.4.) настоящего Договора Исполнитель вправе требовать от Пациента уплаты пени в размере 200 (двести) рублей за каждый день просрочки платежа по день его уплаты Исполнителю включительно.

4.4. В случае невнесения Пациентом в установленный срок, обусловленной настоящим Договором, оплаты, образовавшейся свыше одного расчётного периода, а также за систематическое нарушение Пациентом Правил внутреннего распорядка Центра (два и более факта нарушения), настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в одностороннем порядке, с предварительным уведомлением Пациента за 5 (пять) рабочих дней.

4.5. В случае нанесения Пациентом ущерба Исполнителю, Исполнитель вправе потребовать от Пациента возмещение ущерба в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. За вред, причиненный Исполнителю действиями Пациента, ответственность несет
Пациент.

4.7. Исполнитель не несет ответственность перед Пациентом за наступление
неблагоприятных последствий в виде причинения вреда жизни и здоровью Пациента, если
будет установлено, что их наступление стало возможным по причинам:

4.7.1. нарушения Пациентом Правил внутреннего распорядка Центра;

4.7.2. выхода Пациента за пределы территории Центра;

4.7.3. в случае умышленного причинения Пациентом себе вреда направленного против жизни и здоровья.

4.7.4. в случае нарушения Пациентом п. 3.1.3. настоящего Договора.

4.7.5 в случае травм полученных в результате падений или травм полученных от других Пациентов, в случае появления пролежней.

4.8. В случае нарушения Пациентом п. 3.1.2. настоящего Договора Исполнитель вправе не оказывать Пациенту услуги по настоящему Договору, при этом Исполнитель не несет ответственности за Пациента.

**5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Изменение условий настоящего договора, или расторжение настоящего Договора осуществляется по письменному соглашению Сторон, являющемуся неотъемлемой его частью, за исключением условий настоящего Договора, согласно которым Исполнитель и Пациент имеют право в одностороннем порядке изменять и/или расторгать настоящий Договор

5.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут до истечения срока его действия со стороны Пациента, уведомив Исполнителя за 3 календарных дня.

5.3. Настоящий Договор считается расторгнутым независимо от воли Сторон в случае смерти Пациента, с оплатой оказанных услуг по день смерти.

5.4. При расторжении договора досрочно, Исполнитель обеспечивает возврат денежных средств Пациенту, полученные входе предоплаты за минусом проведенных дней в Центре и фактически понесенных расходов.

**6. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

6.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по предмету настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров между Сторонами.

6.2. Порядок разрешения споров по предмету настоящего Договора не препятствует обращению Пациента или Исполнителя за защитой своих прав по Договору в судебном порядке.

6.3. Стороны договорились, что судебные иски о ненадлежащем исполнении обязательств по договору, будут рассматриваться судебными органами по месту исполнения данного договора в городе Перми, в соответствии со статьёй 29 ГПК РФ.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу и становится обязательным для Сторон с

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года и действует по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 года включительно.

7.2 Договор автоматически пролонгируется со дня окончания при отсутствии разногласий между Исполнителем и Пациентом на следующий расчетный период или другой оговоренный срок, при этом стоимость услуг и срок продления договора дополнительно обговаривается и отмечается в дополнительном соглашении.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Настоящий Договор составляется в \_2\_ экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, другой – у Пациента.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие приложения: Приложение №1, Приложение №2, Приложение № 3, Приложение № 4.

1. **ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** Общество с ограниченной ответственностью «Благодар», 614051, ул. Юрша 11, ОГРН 1185958013152 ИНН/КПП 5906153100/590601001 **Расчетный счет** № 40702810049770034636 в Пермском отделении №6984/0297 ПАО Сбербанка, к\с 30101810900000000603, БИК 042202603Телефон: 2663777  телефон по оплате: 89082761165  Директор Ракинцев Н.Г. подпись «………»……….….2019 г.  | **ПАЦИЕНТ:**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «………»……….….2019 г.  |

 ***Приложение №1 к Договору***

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу принять меня (Ф.И.О. Пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 на временное медицинское обслуживание в ООО «Благодар». Оплата будет производиться моим родственником или опекуном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причины оформления: по состоянию здоровья. **С правилами внутреннего распорядка Центра ознакомлен(а), Правила внутреннего распорядка Центра мной прочитаны.**

**Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу подавать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ которая является мне родственником, лекарственные препараты назначенные лечащим врачом по схеме:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лекарственные препараты предоставляю сам (-а)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

***Приложение №2 к Договору***

Медицинские услуги:

- выполнение профилактических, диагностических и лечебных медицинских вмешательств по назначению врача;

- составление индивидуального плана ухода каждому пациенту и обучение родственников навыкам ухода за пациентами;

- динамическое наблюдение за состоянием пациентов и контроль за витальными функциями;

 - осуществление ухода за пациентами, в том числе профилактика и лечение пролежней, уход за дренажами и стомами, кормление пациентов, включая зондовое питание;

- организация консультаций пациентов врачом-специалистом по профилю основного заболевания и врачами других специальностей;

- проведение санитарно-гигиенических мероприятий;

 - своевременный перевод пациентов при обострении хронических заболеваний или ухудшении их состояния в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;

- психологическую помощь и адекватную симптоматическую терапию;

***Приложение №3 к Договору***

**Наименование или характеристика заболевания (состояния)**

1 . Туберкулез любых органов и систем с бактериовыделением, подтвержденным методом посева.

2. Лепра. Эпилепсия с частыми припадками. Гангрена и некроз легкого, абсцесс легкого.

3. Острые инфекционные заболевания либо хронические инфекционные заболевания в стадии обострения, тяжелого течения и (или) заразные для окружающих, а также лихорадки, сыпи неясной этиологии

4. Тяжелые хронические заболевания кожи с множественными высыпаниями и обильным отделяемым

5. Заболевания, осложненные гангреной конечности, а также любые заболевания требующие хирургической помощи.

6. Хронические заболевания в стадии обострения.

7. Онкологические заболевания с выраженным болевым синдромом требующим применение наркотических средств и их прекурсоров.

***Приложение № 4 к договору***

ЗАЯВЛЕНИЕ-ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживаю по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу принять в ООО «Благодар» на временное медицинское обслуживание на условиях полной оплаты моего родственника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Обязуюсь оплачивать 100% ежедневную стоимость содержания моего родственника в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей в день, согласно предоставленным мне тарифам на условиях заключенного договора между моим родственником и Центром.

 Деньги обязуюсь в срок перечислять на расчетный счет ООО «Благодар».

 С условиями приема, содержания и правилами внутреннего распорядка ООО «Благодар» ознакомлен (а).

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/