ДОГОВОР

*оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий №\_\_\_*

г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **ПАЦИЕНТ,** с одной стороны,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны,

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр неврологии» (ФГБНУ НЦН)**, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ,** (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, выдано 13.12.2002 года МИ МНС России № 39 по г. Москве, серия 77 № 007217433, ОГРН № 1027739766812), в лице заместителя директора по экономическим вопросам Н.В. Никитиной, действующей на основании доверенности № 124 от 22.11.2023 года, с третьей стороны, вместе именуемые **СТОРОНЫ,** заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, ПАЦИЕНТ оплачивает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказывать медицинские услуги с применением телемедицинских технологий по видам работ (услуг), указанным в лицензии на осуществление медицинской деятельности, в режиме реального времени и в режиме отложенных консультаций для врачей ЗАКАЗЧИКА (при взаимодействии медицинских работников между собой) в отношении ПАЦИЕНТА с неврологическими и нейрохирургическими заболеваниями (взрослое население).

1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги по адресу: г. Москва, Волоколамское шоссе, д.80, стр. 1.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» и иными законодательными, нормативными правовыми актами.

1.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ действует на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-77/00342779, выданной 25 декабря 2018 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (109074, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, тел:8-495-698-45-38). В перечень услуг (работ), указанных в лицензии, входят: оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и в стационарных условиях и др.

**2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

1. Обязанности ЗАКАЗЧИКА:
2. Направлять на электронную почту ИСПОЛНИТЕЛЯ заявки по форме Приложения № 1 к настоящему договору с указанием наименования услуги и кода согласно действующему Прейскуранту ИСПОЛНИТЕЛЯ.
3. Обеспечить подготовку и пересылку необходимой медицинской документации пациента в электронном виде в ФГБНУ НЦН.
4. Организация процесса взаимодействия медицинских работников, включая техническую подготовку. ЗАКАЗЧИК гарантирует, что врач, участвующий во взаимодействии со стороны ЗАКАЗЧИКА, является работником ЗАКАЗЧИКА и соответствует квалификации, необходимой для допуска к осуществлению медицинской деятельности.
5. Своевременное (не позднее 5 календарных дней) подписание актов об оказании медицинских услуг или предоставление мотивированного отказа. Если в указанный срок ЗАКАЗЧИК не предоставит подписанный акт оказанных услуг или мотивированный отказ, услуги считаются оказанными, а акт подписанным. ПАЦИЕНТ поручает ЗАКАЗЧИКУ по окончании оказания услуг подписание актов об оказании медицинских услуг.
   1. Обязанности ИСПОЛНИТЕЛЯ:
      1. Организация и проведение консультаций, консилиумов с применением телемедицинских технологий специалистами ИСПОЛНИТЕЛЯ осуществляется в срок не позднее десяти рабочих дней с момента получения заявки и соответствующих документов от ЗАКАЗЧИКА, а также получения от ПАЦИЕНТА оплаты по счету, выставленному ИСПОЛНИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТУ на основании заявки ЗАКАЗЧИКА.

2.2.2. При проведении консультаций, консилиумов готовит медицинское заключение (протокол консилиума) не позднее десяти рабочих дней с момента проведения консультации, консилиума.

2.2.3. Проведение консультаций, консилиумов с применением телемедицинских технологий с соблюдением требований, установленных законодательством РФ в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА:

2.3.1. Предоставить ЗАКАЗЧИКУ полную и достоверную информацию относительно состояния своего здоровья, необходимую для качественного оказания услуг (о перенесенных заболеваниях, о вредных привычках, аллергических реакциях, перенесенных и известных травмах, операциях или иных медицинских вмешательствах, хронических заболеваниях, наследственности, о принимаемых лекарственных средствах, противопоказаниях, употреблении алкоголя, наркотических или токсических средств) и иных обстоятельствах, имеющих значение для оказания услуг.

2.3.2. До начала оказания услуги оплатить счет, выставленный ИСПОЛНИТЕЛЕМ на основании заявки ЗАКАЗЧИКА.

1. **ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
2. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, рассчитывается согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту (Прейскурант – на официальном сайте ИСПОЛНИТЕЛЯ [www.neurology.ru](http://www.neurology.ru)). НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 статьи 149 НК РФ.
3. Оплата услуг производится ПАЦИЕНТОМ на основании счета, сформированного согласно заявке ЗАКАЗЧИКА. Счет, выставленный ИСПОЛНИТЕЛЕМ, подлежит оплате ПАЦИЕНТОМ до начала оказания услуг.
4. Датой оплаты считается дата зачисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.
5. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из СТОРОН не отвечает, ПАЦИЕНТ возмещает ИСПОЛНИТЕЛЮ стоимость услуг, фактически оказанных им до возникновения таких обстоятельств.
6. В случае, если проведение консультации (консилиума), организованной по заявке ЗАКАЗЧИКА, стало невозможным по вине ЗАКАЗЧИКА и/или ПАЦИЕНТА, стоимость консультации (консилиума) подлежит оплате в полном объеме.

1. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

4.1. В рамках настоящего договора предусматривается взаимодействие медицинских работников между собой. Медицинские услуги с применением телемедицинских технологий пациентам без участия врача в рамках настоящего договора не оказываются.

4.2. Организация и стоимость консультаций по другой нозологии, в рамках данного договора осуществляется по дополнительному согласованию СТОРОН.

4.3. Заказчик гарантирует, что заявки согласованы с ПАЦИЕНТОМ. Факт оплаты ПАЦИЕНТОМ счета подтверждает согласие ПАЦИЕНТА на оказание услуг по настоящему договору.

4.4. ПАЦИЕНТ поручает ЗАКАЗЧИКУ самостоятельно осуществлять приемку оказанных услуг по настоящему договору.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
2. За невыполнение обязательств по настоящему договору СТОРОНЫ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
3. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отказаться от оказания услуг при неисполнении ПАЦИЕНТОМ обязательства об оплате оказания услуг согласно п. 2.3.2. настоящего договора.
4. В случае просрочки исполнения ЗАКАЗЧИКОМ и/или ПАЦИЕНТОМ обязательств, предусмотренных договором, а также в иных случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения ЗАКАЗЧИКОМ и/или ПАЦИЕНТОМ обязательств, предусмотренных договором, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе потребовать уплаты неустойки ПАЦИЕНТОМ. Пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного договором срока исполнения обязательства. Такая пеня устанавливается в размере одной трехсотой действующей на дату уплаты пеней ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации от не уплаченной в срок суммы.
5. Споры по настоящему договору разрешаются Арбитражным судом города Москвы, с соблюдением претензионного порядка их урегулирования.
6. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор) СТОРОНЫ освобождаются от ответственности в соответствии с гражданским законодательством РФ.
7. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания СТОРОНАМИ и действует 1 (один) год. Если по истечении срока действия ни одна из СТОРОН в письменной форме не уведомит другую СТОРОНУ о своем желании прекратить договор, его действие продлевается на тех же условиях на неопределенный срок.

6.2. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению СТОРОН, либо по требованию одной из СТОРОН в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

1. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Все изменения и дополнения по настоящему договору должны быть оформлены дополнительными соглашениями, подписанными СТОРОНАМИ.

7.2. Стороны допускают обмен экземплярами настоящего договора, дополнительных соглашений к договору, акта сдачи-приемки, счета, подписанными каждой из сторон собственноручно и направленными электронными копиями подписанных документов в формате pdf или jpg с адреса электронной почты этой стороны на адрес электронной почты другой стороны, указанным в разделе 8 настоящего договора, признавая тем самым юридическую силу названных документов, с последующим обязательным обменом оригиналами.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, обладающих одинаковой юридической силой, по одному для каждой из СТОРОН.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего договора является:

7.4.2. Приложение № 1 – форма заявки на оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ИСПОЛНИТЕЛЬ:***  **ФГБНУ НЦН**  Адрес:125367, г. Москва Волоколамское ш., д.80  Тел/факс (495) 490-20-09; (495) 490-22-10  ОГРН 1027739766812  ИНН 7733012151 КПП 773301001  Наименование получателя: УФК по г. Москве  (ФГБНУ НЦН л/с 20736У94110)  Единый казначейский счет 40102810545370000003  р/с 03214643000000017300  Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО//УФК  по г. Москве г. Москва  КБК 00000000000000000130  БИК 004525988  ОКПО 01897653: ОКТМО 45368000  Электронная почта: [tmk@neurology.ru](mailto:tmk@neurology.ru)  (с указанием темы «Телемедицина»)  Заместитель директора  по экономическим вопросам  Н.В. Никитина  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. | ***ЗАКАЗЧИК:***  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк получателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р/с: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОКПО/ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. | ***ПАЦИЕНТ:***  Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_  Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС: ***\_\_\_\_\_\_\_\_***  Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/  (Ф.И.О.) (подпись) |

*Приложение № 1 к договору*

*№\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

**Ф О Р М А**

**Главному врачу ФГБНУ НЦН**

**Е.В. Байдиной**

**ЗАЯВКА**

*на оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий*

Медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование (полностью) медицинской организации)*

согласно договору оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г., просит оказать медицинские услуги с применением телемедицинских технологий:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование и код услуги согласно действующему Прейскуранту ФГБНУ НЦН |  |
| Ф.И.О.,  дата рождения пациента |  |
| Ф.И.О. лечащего врача пациента, участвующего во взаимодействии со стороны ЗАКАЗЧИКА |  |
| Ф.И.О. и номер телефона контактного лица |  |
| Перечень приложений к заявке |  |

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

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

*(должность ) ( подпись) (расшифровка подписи)*

**Форма заявки согласована:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *ИСПОЛНИТЕЛЬ:*  **ФГБНУ НЦН**  Заместитель директора  по экономическим вопросам  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В. Никитина  м.п. | *ЗАКАЗЧИК:*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. | *ПАЦИЕНТ:*  Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/  (Ф.И.О.) (подпись) |