

Договор № _____
безвозмездного пользования медицинским изделием

г. Санкт-Петербург _____ г.

Благотворительное медицинское частное учреждение «Хоспис на дому», именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны,

Пациент _____, г.р.,
(ФИО, год рождения пациента)

Паспорт №. _____, выдан _____,
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем выдан, дата выдачи)

СНИЛС _____ полис ОМС _____
г. Санкт-Петербург, _____
(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)
г. Санкт-Петербург, _____
(адрес фактического места жительства)

ДЛЯ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН/ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ПО ДОВЕРЕННОСТИ
Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) гражданина полностью)
дата рождения _____, проживающий (-ая) по адресу (место регистрации): _____

паспорт серия и номер _____, дата выдачи _____
выдан _____
(наименование выдавшего органа)

являясь законным представителем пациента/представителем по доверенности(указать)

(фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента, чьи интересы я представляю)
дата рождения _____, проживающего (-ей) по адресу (место регистрации): _____

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы)

находящийся под наблюдением выездной *патронажной службы паллиативной медицинской помощи* Благотворительного медицинского частного учреждения «Хоспис на дому», (именуемый (-ая) далее «Пациент»), со второй стороны,

ФИО лица, осуществляющего уход за пациентом

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, №, кем выдан, дата выдачи)

(адрес регистрации по месту жительства / пребывания)

(адрес фактического места жительства)

именуемый (-ая) далее «Получатель», с третьей стороны, в целях обеспечения лечения и ухода за пациентом, имеющим медицинские показания (не имеющим противопоказаний) к обеспечению медицинскими изделиями,

с учетом информированного добровольного согласия пациента на получение паллиативной медицинской помощи, включающей респираторную поддержку, в амбулаторных условиях, в том числе на дому, от _____ г.,

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Учреждение передает в безвозмездное временное пользование

(наименование технического средства реабилитации медицинского назначения)

(именуемое далее «МИ») для его использования при оказании Пациенту паллиативной медицинской помощи на дому.

1.2. МИ передается по акту приема-передачи Пациенту (его законному представителю) и Получателю (или только Получателю, если состояние здоровья Пациента не позволяет подписать акт приема-передачи) в течение 2 (двух) рабочих дней с даты подписания сторонами настоящего Договора вместе с копиями всех относящихся к МИ технических паспортов, инструкций по эксплуатации и другой документации (Приложение № 1 к настоящему Договору).

1.3. Передача МИ и медицинских изделий Пациенту (законному представителю) и/или Получателю осуществляется (указать нужное):

- в ресурсном центре по адресу: _____.
- в месте нахождения пациента (пункт 1.6 настоящего Договора).

1.4. МИ подлежит возврату Пациентом или Получателем в том состоянии, в котором оно было передано Пациенту, с учетом нормального износа. Расходные медицинские изделия возврату не подлежат.

1.5. МИ может использоваться исключительно в целях оказания паллиативной медицинской помощи пациенту на дому.

1.6. МИ преимущественно используется Пациентом по адресу:

(адрес фактического места жительства Пациента)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Учреждение обязано:

1) провести инструктаж Пациента (его законного представителя) и Получателя (либо только Получателя, если состояние здоровья Пациента не позволяет провести его инструктаж) правилам пользования МИ перед его передачей в безвозмездное временное пользование;

2) предоставить МИ в исправном состоянии, комплектно вместе со всеми относящимися к нему документами;

3) провести пуско-наладочные работы;

4) проводить техническое обслуживание МИ в сроки, установленные технической документацией;

5) предварительно проинформировать Пациента (его законного представителя) и / или Получателя о проведении технического обслуживания МИ не менее чем за 3 рабочих дня;

6) предоставлять Пациенту подменный МИ на период ремонта или технического обслуживания ранее предоставленного МИ;

7) при передаче Пациенту МИ, используемого для респираторной поддержки:
– при наличии показаний для подбора или изменения режима респираторной поддержки, обеспечить госпитализацию Пациента, если невозможно осуществить подбор или изменение режима респираторной поддержки в амбулаторных условиях;
– регулярно, но не реже одного раза в месяц, проводить осмотр и проверку работы МИ при посещении пациента для принятия решения о плановой / внеплановой замене МИ и отправке его на ремонт;
– при невозможности предоставления подменного МИ, направить Пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, для проведения респираторной поддержки до момента замены МИ.

2.2. Учреждение вправе:

1) контролировать использование МИ Пациентом;
2) в случае обнаружения неэффективного или нецелевого использования МИ, направить Пациенту и/или Получателю письменное предупреждение;
3) в случае повторного выявления неэффективного или нецелевого использования МИ, направить уведомление об одностороннем отказе от настоящего Договора и требование о возврате МИ Учреждению.

2.3. Пациент (его законный представитель) и /или Получатель обязаны:

1) обеспечить использование МИ только по его целевому назначению, и в соответствии с условиями настоящего Договора;
2) пройти инструктаж по эксплуатации МИ, в том числе в случае нарушения режима его работы и внезапного отключения МИ;
3) неукоснительно соблюдать инструкции работников Учреждения по эксплуатации МИ, в том числе при нарушении режима его работы;
4) обеспечить постоянный контроль за работой МИ;
5) обеспечить свободный доступ в помещение, где будет установлено МИ, уполномоченным сотрудникам Учреждения для проведения технического обслуживания, проверки состояния, а также контроля использования МИ в соответствии с целевым назначением, технической документацией и инструкциями работников Учреждения;
6) уведомить Учреждение обо всех изменениях, имеющих отношение к настоящему Договору (например, смена места жительства, паспортных данных и т.д.) в течение трех дней с момента наступления изменений;

7) информировать лечащего врача по телефону: **8-800-500-97-76**

- об изменении в состоянии здоровья Пациента;
- об изменении адреса, по которому Пациент преимущественно использует МИ (например, постоянное или временное, более чем на 5 дней, изменение фактического места жительства; госпитализация в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь).

8) вернуть МИ вместе с документами, переданными вместе с МИ, по акту возврата при прекращении права на его использование в случаях, определенных настоящим Договором.

2.4. Получатель обязан:

1) обеспечить круглосуточный уход за пациентом;
2) обеспечить круглосуточный доступ к Пациенту для оказания ему медицинской помощи.
3) вернуть МИ в случае, если пациент осуществить возврат МИ самостоятельно не может

2.5. Пациент (его законный представитель) и /или Получатель не вправе:

1) передавать МИ во владение и (или) пользование, в том числе в аренду, в безвозмездное пользование;

2) передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам, отдавать МИ в залог, иным образом распоряжаться МИ.

2.6. Пациент (его законный представитель) и/или Получатель вправе:

- в любой момент в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора, вернув МИ вместе с документами в Учреждение по акту возврата.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. За неисполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Получатель и Пациент несут солидарную ответственность перед Учреждением за исполнение настоящего Договора.

4. ФОРС-МАЖОР

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

5. УТРАТА, РИСК СЛУЧАЙНОЙ ГИБЕЛИ ИЛИ СЛУЧАЙНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКОГО СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

5.1. Пациент (его законный представитель) и Получатель несут ответственность за утрату, риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование МИ, если МИ погибло или было испорчено в связи с тем, что оно использовалось с нарушением условий настоящего Договора, в том числе с нарушением целевого назначения, или с нарушением функционального назначения МИ, либо было передано третьему лицу.

5.2. Пациент и Получатель не несут ответственность за риск случайной гибели или случайного повреждения полученного в безвозмездное целевое пользование МИ, если МИ погибло или было испорчено по причинам не связанным с тем, что Пациент или Получатель использовали МИ с нарушением условиями Договора или назначением МИ, либо передал его третьему лицу.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Оборудование предоставляется на срок оказания Пациенту *паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому*, но не более чем на 5 лет.

По истечении срока, указанного в настоящем пункте, при отсутствии возражений Сторон, Договор продлевается на тех же условиях тот же срок.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 6.1. настоящего Договора.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Обязательства по настоящему Договору прекращаются в момент подписания Акта возврата МИ (Приложение № 2 к настоящему Договору) Пациентом (его законным представителем) или Получателем.

7.2. Договор может быть изменен или досрочно расторгнут по письменному соглашению сторон.

7.3. Уведомление о расторжении Договора направляется стороне не позднее, чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

7.4. Учреждение вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора и расторгнуть Договор в одностороннем порядке в следующих случаях:

- Пациент (его законный представитель) или Получатель использует МИ не в соответствии с Договором или назначением МИ;
- Пациент (его законный представитель) или Получатель наносит ущерб состоянию МИ;
- Пациент (его законный представитель) или Получатель неоднократно нарушает инструкции по эксплуатации МИ;
- у Пациента отсутствуют показания к оказанию паллиативной медицинской помощи (установлено врачебной комиссией медицинской организации);
- у Пациента отсутствуют медицинские показания к обеспечению пациента медицинскими изделиями (установлено врачебной комиссией медицинской организации);
- у Пациента отсутствуют члены семьи, осуществляющие уход за ним, а эксплуатация МИ с учетом состояния здоровья пациента, требует наличия ухаживающих лиц (в этом случае одновременно рассматривается вопрос о госпитализации пациента);
- не надлежащие социально-бытовые условия проживания Пациента, исключающие возможность безопасной эксплуатации пациентом медицинских изделий, предназначенных для респираторной поддержки (в таких случаях одновременно рассматривается вопрос о госпитализации пациента);
- госпитализация Пациента в стационар;
- нарушение Пациентом (законным представителем) и/или лицом, осуществляющим уход за пациентом, правил эксплуатации медицинского изделия, которые могут повлечь за собой неустранимую неисправность медицинского изделия либо создают угрозу жизни и здоровью пациента;
- предоставления Пациенту технических средств реабилитации по индивидуальной программе реабилитации (абилитации) инвалидов, которые по своему функциональному назначению соответствуют медицинским изделиям, обеспечение пациента которыми осуществляется на основании части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- отсутствие у Пациента регистрации по месту жительства в Санкт-Петербурге.

7.5. Договор может быть изменен или его действие может быть прекращено в иных случаях, предусмотренных законодательством или настоящим Договором.

7.7. Прекращение Договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение

8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не имеющим своего разрешения по тексту настоящего Договора, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства.

8.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в судебном порядке, установленном действующим законодательством.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Все уведомления и сообщения должны направляться в письменной форме.

9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

9.4. Приложения:

Приложение №1: Акт приема-передачи МИ.

Приложение №2: Акт возврата МИ.

Приложение №3: Акта приема-передачи расходных материалов к медицинскому изделию.

10. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

Благотворительное медицинское частное учреждение "Хоспис на дому"

(БМЧУ «Хоспис на дому»)

Юр.адрес: 193168,г. Санкт-Петербург, вн.тер.г. Муниципальный округ Невский округ, ул. Антонова-Овсеенко, д. 5 к. 1 литера А, помещ. 1-Н

Факт.адрес: 193168,г. Санкт-Петербург, вн.тер.г. Муниципальный округ Невский округ, ул. Антонова-Овсеенко, д. 5 к. 1 литера А, помещ. 1-Н

ОГРН 1217800097316

ИНН 7811761640

КПП 781101001

р/с 40703810502500033222

в банке ООО "БАНК ТОЧКА"

к/с 30101810745374525104

БИК 044525104

Руководитель координационного центра на основании

№241-И/12-24 от 25.12.2024. _____ Н.А. Федотова

Пациент (опекун, представитель по доверенности):

Получатель:

(ФИО полностью)

(ФИО полностью)

(паспорт: серия, номер документа; кем и когда выдан)

(паспорт: серия, номер документа; кем и когда выдан)

(Адрес по паспорту)

(Адрес по паспорту)

(Адрес фактического проживания)

(Адрес фактического проживания)

(Номер телефона)

(адрес электронной почты)

(Номер телефона)

(адрес электронной почты)

(Фамилия, инициалы)

(Подпись)

(Фамилия, инициалы)

(Подпись)