Договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| г.Урюпинск  Волгоградской области | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Урюпинская центральная районная больница имени В.Ф. Жогова именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сизова Геннадия Дмитриевича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01146-34/00345198 от 20.07.2020., с одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заказчика),

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ЛИЦЕНЗИЯ

1.1. Лицензия №ЛО41-01146-34/00345198 выдана 20.07.2020 г. комитетом здравоохранения Волгоградской области, а**дрес:** г.**Волгоград, ул. Рабоче-Крестьянская, 16,**  № телефона - (8-8442) 30-82-82.

1.2. Работы и услуги, оказываемые Исполнителем: медицинские осмотры, осуществление лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, амбулаторный приём врачами-специалистами, психиатрические экспертизы, лабораторные исследования биологических жидкостей, физиотерапевтические услуги, рентгенография, лабораторные исследования, диагностические исследования

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными [законодательством](garantF1://12091967.3) об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить нижеуказанные услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Сумма, руб. |
|  |  |  |
|  | ОБЩАЯ СУММА |  |

2.2. Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

3.СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

* 1. 3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему Договору, определяется действующим прейскурантом Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

(сумма цифрами и прописью)

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в форме 100% предоплаты, путем наличного расчета с применением контрольно-кассовой машины. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.3. Исполнитель приступает к оказанию услуги после получения оплаты.

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны вправе расторгнуть настоящий договор, оформив в письменной форме соглашение о его расторжении, которое подписывается сторонами и с момента подписания будет являться неотъемлемой частью договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов, в сроки, оговоренные в соглашении.

3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

* 1. 4.УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСИХ УСЛУГ
  2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
  3. Оказание услуг по настоящему Договору производится в порядке очереди Потребителя на прием. В особых случаях услуги предоставляются Потребителю вне установленной очереди.
  4. Срок оказания медицинских услуг: в течении 20 рабочих дней с момента заключения договора.

5.ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Проинформировать Потребителя о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ Урюпинская ЦРБ.

5.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.

5.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном в учреждении порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов.

5.1.4. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу;

5.1.5. Информировать Потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.

5.1.6. Обеспечивать реализацию всех прав Потребителя, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Потребителя;

5.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

5.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

5.2.4. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

5.3. Потребитель обязуется:

5.3.1. Оплатить оказываемые услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором;

5.3.2. Точно выполнять врачебные рекомендации, соблюдать режим работы Исполнителя, соблюдать правила санитарно-противоэпидемического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

5.3.3. Информировать до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и т.п.

5.3.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

* + 1. 5.4. Потребитель имеет право:
    2. 5.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге;
    3. 5.4.2. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги при наличии вины.
    4. 5.4.3.Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

6.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

* 1. 6.1. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

7.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную [законодательством](garantF1://10064072.1025) Российской Федерации.

* 1. 7.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, по причине нарушения его условий Потребителем, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
     1. 7.2.1. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю в случаях, если
     2. 7.2.2. проявились осложнения, связанные с тем, что Потребитель не предоставил Исполнителю полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.
     3. 7.2.3. осложнения наступили из-за не соблюдения Потребителем врачебных рекомендаций.
     4. 7.2.4. вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.
  2. 7.3. Меры ответственности сторон применяются в соответствии с нормами законодательства РФ.
  3. 7.4. Потребитель гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг Исполнителем, предоставит об этом информацию Исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

* 1. 8.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ
  2. 8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_г.
  3. 8.2. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
  4. 8.3. При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг Потребитель до обращения в суд обязан предъявить письменную претензию Исполнителю. Исполнитель обязан в течение одного месяца рассмотреть претензию Потребителя и дать обоснованный письменный ответ.
  5. 8.4. Исполнителем доведено до сведения Потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе
  6. 8.5. Потребитель ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ГБУЗ Урюпинская ЦРБ и дает добровольное согласие на проведение данной медицинской услуги на возмездной основе.
  7. 8.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. До заключения настоящего договора Исполнитель информирует Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

9.2. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, с вывешенной на стенде информацией медицинского учреждения об условиях и порядке оказания платных медицинских услуг.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  ГБУЗ Урюпинская ЦРБ  403112, ул. Весенняя, 2, г.Урюпинск, Волгоградская область,  тел/факс 8(84442) 3-81-00, Лицевой счет: 20523Щ24410  БИК: 011806101 Банк: Отделение Волгоград Банка России//  УФК по Волгоградской области г. Волгоград  Коррсчет: 40102810445370000021  Счет органа, осущ. кассовое обслуживание: 03224643180000002900  ИНН 3438002889 КПП 343801001 | ПОТРЕБИТЕЛЬ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фамилия, имя и отчество (если имеется)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата, место рождения  паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданадрес места жительства и телефон потребителя) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Д.Сизов  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись, инициалы, фамилия |