**Соглашение об определении индивидуальных условий договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г.Волгоград от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России, именуемое в дальнейшем “Исполнитель”, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности серия **ФС № ФС-34-01-000002-17 от 12.07.2017 выданной Управлением Росздравнадзора по Волгоградской области,** в лице заместителя главного врача по организации платных медицинских услуг Кожевниковой Елены Михайловны, действующей на основании доверенности № 11-Д от 9 января 2014 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в пользу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего\_по\_адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.именуемого в дальнейшем “Потребитель”, с другой стороны, совместно именумеые в дальнейшем Стороны на основании добровольного волеизъявления Заказчика и согласия Потребителя, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

* 1. Заказчик поручает, а Исполнитель, принимает на себя обязательства по оказанию следующих медицинских услуг Потребителю (наименование медицинской услуги может указываться посредством указания кода применяемого для обозначения соответствующей медицинской услуги в Прейскуранте Исполнителя или непосредственным наименованием услуги): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Стоимость услуг указанных в п. 1.1. настоящего\_соглашения\_составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Указанная в п. 2.1. Соглашения цена является приблизительной. Окончательная стоимость определяется после окончания лечения в соответствии с прейскурантом Исполнителя и фактическим объемом оказанных Заказчику услуг. Оплата производится путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя или за наличный расчёт в кассу Исполнителя. Стоимость медицинских услуг не облагается НДС на основании п.п. 2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и/или лечения, стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с ведома и согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к соглашению должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны сторонами настоящего договора.

* 1. До подписания настоящего соглашения Исполнитель в доступной и понятной форме предоставил информацию, разъяснил и ознакомил Заказчика и/или Потребителя:

- с Общими условиями договора на оказание платных медицинских услуг (в редакции, действующей на момент подписания настоящего соглашения);

- с ценами, установленными в Прейскуранте платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем;

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- с кодировкой медицинских услуг, применяемой Исполнителем;

-о возможных осложнениях и ожидаемым прогнозом от применения соответствующего метода исследования или лечения.

Заказчик и/или Потребитель своей подписью подтверждают, что до подписания настоящего соглашения Исполнитель в полном объеме, в доступной и понятной форме представил информацию, указанную в п. 3.1. настоящего соглашения, а также понимают и осознают, чтоиспользуемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение, понимают, что для получения лучших результатов лечения необходимо исполнение всех назначений и рекомендаций врача, подтверждают ознакомление с предоставленной информацией, подтверждают соответствие кодов медицинских услуг указанных в п. 1.1. настоящего соглашения наименованиям медицинских услуг, установленным в Прейскуранте платных медицинских услуг, выражают безусловное согласие на их получение и на заключение договора с Исполнителем на оказание определенных в настоящем соглашении платных медицинских услуг на индивидуальных условиях определенных в настоящем соглашении и Общими условиями договора /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( подпись / Фамилия, инициалы ).

* 1. До подписания настоящего соглашения Заказчик и/или Потребитель имел возможность задать вопросы относящиеся к предмету настоящего соглашения и получил исчерпывающие ответы на заданные вопросы и добровольно принял решение о получении медицинских услуг, что подтверждается подписанием настоящего соглашения.

**4.**

4.1. Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) состоит из Общих условий Договора и настоящего Соглашения об определении индивидуальных условий Договора, и вступает в силу после подписания сторонами настоящего Соглашения с момента произведения оплаты и действует до момента исполнения обязательств в полном объёме.

4.1.1. Срок оказания медицинских услуг устанавливается с даты вступления настоящего договора в силу до даты исполнения услуги, но не более 30 дней. Срок оказания услуги может продлеваться Исполнителем по объективным обстоятельствам.

4.2. Изменения и дополнения к договору вносятся сторонами на основании дополнительного соглашения, составленного в письменной форме и подписанного сторонами.

4.3. Споры рассматриваются путём переговоров между сторонами, при недостижении согласия – в судах соответствующей юрисдикции.

4.4. Стороны подтверждают правомерность применения со стороны Исполнителя, в рамках настоящего соглашения, подписи посредством механического копирования (факсимиле).

4.5. Настоящее соглашение составлено в трех подлинных экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. В случае если Заказчик и Потребитель одно и тоже лицо, договор составляется в двух экземплярах.

**Реквизиты Исполнителя**

***Единая справочная служба: 66-55-55***

Юридический адрес:

400079, г. Волгоград, ул. Никитина, д. 64,

Фактические адреса расположения:

г. Волгоград, ул. Никитина, 64

г. Волгоград, ул. КИМ, 24

ИНН 3447005798

 КПП 344701001 ,

УФК по Волгоградской области (ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России, л/сч 20296Х44790),

ГРКЦ ГУ Банка России по Волгоградской области г. Волгоград

Р/сч. 40501810100002000002

**Подписи Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** | **Потребитель** |
| **Кожевникова Е.М.** |  |  |

**(редакция 2)**

**Утверждено Приказом ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России**

**от «\_\_»\_\_\_\_\_2016 №\_\_\_\_**

**Приложение 1**