Договор

оказания платных медицинских услуг

г. Орел                                                                        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Орловской области» на основании лицензии № ФС-57-01-000478 от 03.02.2015г., выданной территориальным органом Росздравнадзора по Орловской области[1], в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_201\_\_г. № \_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

* 1. Предмет договора

1.1.   Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется их принять и оплатить на условиях, предусмотренных настоящим договором. Перечень оказываемых услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Наименование услуги | Цена | Количество | Ф.И.О. специалиста |
|   |   |   |   |   |

1.2.        Дата начала оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Услуги должны быть оказаны в течение 30 календарных дней.

* 1. Цена и порядок оплаты.

2.1.    Цена договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

2.2.    Оплата в размере, указанном в п. 2.1 настоящего договора, производится Потребителем за наличный расчет путем внесения денежных средств в кассу «Исполнителя».

2.3.   Потребитель обязуется произвести оплату медицинских услуг непосредственно в тот же день после их оказания.

* 1. Права и обязанности Сторон.

3.1.        Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю полную и достоверную информацию о предоставленных услугах.

3.2.        Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать в оказании медицинских услуг в случае невыполнения Потребителем требований лечащего врача.

3.3.   Потребитель обязан:

3.3.1. Выполнять требования лечащего врача, обеспечивающие качественное предоставление Исполнителем медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (перенесенных заболеваниях, противопоказаниях, аллергических реакциях, ухудшении здоровья, возникновении осложнений медицинского характера).

3.3.2. Оплатить предоставленные услуги в порядке и размере, предусмотренном в настоящем договоре.

3.4.   Потребитель вправе:

3.4.1. Получать полную и достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах.

3.4.2. Потребовать исполнения медицинских услуг другим специалистом.

3.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

* 1. Ответственность Сторон, иные условия договора.

4.1.   За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2.    Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3.   Заключая настоящий договор, Потребитель дает согласие на обработку персональных данных в соответствии с федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ. Персональные данные обрабатываются  Исполнителем в целях выдачи дубликатов результатов проведенных обследований, для сравнения данных и более точного формирования заключения при последующих обращениях Потребителя.

4.3.1. Состав обрабатываемых персональных данных: фамилия, имя, отчество, год рождения, пол; адрес; телефон; вид, номер, дата выдачи и наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность; наименование страховой компании и номер страхового полиса; сообщенная Потребителем информация, касающаяся наличия аллергических реакций и инородных включений в организме; вид оказываемой услуги и результаты, полученные при оказании медицинской услуги.

4.3.2. Персональные данные хранятся в пределах Исполнителя, могут быть без согласия Потребителя переданы сторонним лицам только в соответствии с законодательством РФ. Срок обработки персональных данных не ограничен и не заканчивается с окончанием срока действия настоящего договора. Персональные данные по письменному заявлению Потребителя будут уничтожены Исполнителем в течение 10 рабочих дней или в любой момент по инициативе Исполнителя.

4.4.    Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения обязательств Сторонами, может быть изменен или расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу: два хранятся у Исполнителя, один выдается на руки Потребителю.

                   Исполнитель                                              Потребитель

ОГРН 1065753002270

Свидетельство о государственной регистрации    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия 57 №000931151 выдано ИФНС

по    Советскому району г. Орла 13.02.2006          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Орел, ул. Гуртьева, 8     тел. 421487

г. Орел, ул. Салтыкова-Щедрина, 37 тел                \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 40101810100000010001 в отделении Орел

ИНН/КПП 5753038570/575301001                          \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                     \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                                                    (Ф.И.О. потребителя)

проживающему(ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

До заключения договора на оказание платных медицинских услуг доводим да Вашего сведения, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя – ФКУЗ «МСЧ МВД России по Орловской области» (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 Вашем состоянии здоровья (состоянии здоровья представляемого).

Исполнитель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность руководителя подразделения МСЧ, Ф.И.О)                                  (подпись)

Уведомление получил(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                              (подпись)            (Ф.И.О. потребителя)

 \_\_\_.\_\_\_.201\_\_г.

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