**ДОГОВОР**

**на предоставление платных медицинских услуг физическим лицам**

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. г.Астрахань

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Детская городская поликлиника №1», именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача Брысиной Наили Равильевны, действующего на основании лицензии ЛО 30-01 001639 от 28.02.2017 г., с одной стороны, и гражданин(ка)

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

 (фамилия, имя, отчество, месте жительства, номер контактного телефона),

действующий(ая) за своего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

в качестве законного представителя, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Учреждение берет на себя обязательства оказать Пациенту медицинскую услугу, а Пациент получить в установленном порядке медицинскую услугу и оплатить ее согласно спецификации, являющейся неотъемлемой частью договора (приложение к договору).

1.2. Медицинские услуги, оказываемые Учреждением Пациенту, должны быть выполнены Исполнителем (далее - врачи) в течение 30 календарных дней после подписания настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1.Учреждение обязано:

- оказывать медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с лицензией и требованиями в области здравоохранения;

- бесплатно информировать Пациента в доступной для него форме о лицензии, квалификации и сертификации специалистов (врачей), об условиях предоставления и получения услуг, о методах рекомендуемого лечения, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследований и лечения, наличии заболеваний, диагнозах и прогнозе, возможных вариантах медицинского вмешательства, связанным с ним риском, его последствиях и осложнениях, об альтернативных способах диагностики и лечения, а так же предоставлять Пациенту интересующую и необходимую ему информацию, непосредственно относящуюся к договору;

- осуществлять с согласия Пациента все виды услуг, предусмотренных прейскурантом;

- вести необходимую медицинскую и бухгалтерскую документацию по оказываемым услугам;

- выставлять на оплату фактически оказываемые Пациенту медицинские услуги;

- незамедлительно информировать Пациента об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или нецелесообразности продолжения оказания услуг.

2.2. Пациент обязан:

- оплачивать Учреждению стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту. Оплата Пациентом услуг означает информационное добровольное согласие Пациента на предложенное ему медицинское вмешательство. Оплачивая услуги, Пациент подтверждает, что получил необходимые пояснения относительно медицинского вмешательства;

- сообщать Учреждению сведения, необходимые для качественного оказания услуги, в том числе о реакции на медикаменты, перенесенных заболеваниях, результатах предыдущих обследований и т.п.;

- добросовестно выполнять правила получения услуги и рекомендации медицинского персонала в ходе лечебного процесса. За последствия невыполнения Пациентом рекомендаций Учреждение ответственности не несет и оставляет за собой право отказать в дальнейшем обслуживании.

2.3. Права Сторон настоящего договора при оказании и получении платных медицинских услуг определяются действующим законодательством РФ.

2.4. Пациент в праве отказаться от получения платных медицинских услуг на любом этапе при условии оплаты Учреждению фактических расходов (затрат) на оказание платных услуг.

2.5. Пациент имеет право на оказание медицинских услуг по льготной стоимости, установленной положением Учреждения при условии предоставления копий соответствующих документов.

**3. Цена и форма расчета**

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Учреждением Пациенту, определяется действующим Прейскурантом в соответствии со спецификацией (приложение к договору).

3.2. Оплата оказываемых медицинских услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения.

3.3. Наименование, количество и факт оказания Пациенту медицинских услуг подтверждается актом выполненных услуг.

3.4. Учреждение выдает Пациенту кассовый чек либо квитанцию (иной документ) установленного образца, подтверждающую произведенную оплату за предоставленную ему услугу.

1. **Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение взятых по настоящему договору обязательств, стороны несут ответственность предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Споры сторон по исполнению условий настоящего договора разрешаются, как правило, в претензионном порядке путем переговоров. При не достижении согласия на стадии переговоров споры разрешаются сторонами в суде в установленном законом порядке.

1. **Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств.

5.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, один – Пациенту и один – Учреждению, имеющих каждый одинаковую юридическую силу.

 **6 . Прочие условия**

6.1 В целях избежания задержек и простоев при оформления документации Стороны в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ договорились использовать факсимильное восприятие подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи при заключении, изменении, расторжении договора, дополнительных соглашений и приложений к нему и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и подписи факсимиле, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

6.2 По письменному требованию Стороны или иного уполномоченного лица документ, подписанный с использованием факсимиле, подлежит замене на документ, подписанный собственноручной подписью.

**6.Подписи и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Учреждение:ГБУЗ АО «ДГП №1»,414000, г. Астрахань, ул.Кирова 47,Заведующий отделениемплатных медицинских услуг населению:Д.О.Лендов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подписьМП | Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО пациента, либо законного представителя |

**Приложение**

**к договору № \_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Спецификация на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Количество услуг** | **Тариф по прейскуранту за ед.****(в руб.)** | **Стоимость** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**Подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Учреждение:Заведующий отделениемпо предоставлению платныхмедицинских услуг населению:Д.О.Лендов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подписьМП | Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО пациента, либо законного представителя[[1]](#footnote-1) |

1. [↑](#footnote-ref-1)