**ДОГОВОР №**

**на оказание медицинских услуг**

г.Магадан от « » 201\_\_ года

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной центр профилактики и борьбы со СПИД»,** в лице главного врача **Лукиной Зинаиды Ивановны,** действующей на основании Устава (далее Исполнитель), е одной стороны и,

гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О)

 (далее Потребитель), с другой стороны, заключили настоящий договор о следующем:

**1.Предмет договора**

Потребитель поручает, а Исполнитель оказывает на возмездной основе медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплатить данные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2. Права и обязанности сторон:

Исполнитель обязан:

* 1. Своими силами и средствами выполнить все работы по цене, в объеме и в сроки, предусмотренные настоящим договором.
		1. Приступить к выполнению медицинских услуг с момента обращения.
		2. Соблюдать требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных й отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.
		3. При предоставлении дополнительной медицинской услуги, не предусмотренной договором, на возмездной основе предупредить об этом Потребителя.
		4. Предоставить информацию о предоставляемых видах медицинских вмешательств. 2. Потребитель обязан:
1. Оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг согласно действующего перечня Платных медицинских услуг.
2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
4. До подписания договора получить информацию о предоставляемых видах медицинских вмешательств и подписать информированное добровольное согласие.

 Потребитель имеет право:

1. Выбора врача.
2. Получить в доступной для него форме сведения о результатах проведенных медицинских услугах (медицинской помощи), о состоянии его здоровья, диагнозе, методах лечении, ожидаемых результатах лечения.
3. Получить информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.
4. При несоблюдении Исполнителем срока исполнения назначить новый срок оказания услуги.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

1. Потребитель обязан оплатить медицинские услуги в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг.
2. Оплата за услуги осуществляется за наличный и/или безналичный расчет.
3. Стоимость медицинских услуг по данному договору составляет рублей копеек.

 4. Ответственность сторон

1. Стороны несут ответственность за неисполнение и /или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с условиями настоящего договора и нормами гражданского законодательства, действующего на территории Российской Федерации.

**5**. Конфиденциальность

1. Исполнитель обязан хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинскими услугами, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании.

6. Сроки исполнения

 6.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и оплаты стоимости платных медицинских услуг в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг.

* 1. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Дополнительные условия

1. Потребитель уведомлен о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в других медицинских учреждениях Магаданской области.
2. Потребитель согласен получить медицинские услуги в ГБУЗ «Магаданский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» на платной основе.
3. Согласие. Потребителя на проведение медицинской услуги и факт ее получения одновременно означает и согласие Потребителя на оплату этой услуги.
4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Законом «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323 от 21.11.2011 года.

8. Реквизиты сторон:

Исполнитель ГБУЗ « МОЦ профилактики и борьбы со СПИД »

ИНН 4909034325 КПП 490901001 ОГРН 1024900974691

лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС 49-01-000328 от 03.06.2014 р/с 40601810444421000001 ГРКЦ ГУ Банка России по Магаданской обл. г. Магадан л/с 20476У30580 УФК по Магаданской области

Юридический адрес: 685007 г. Магадан, ул. Попова, д. 7, корп. 2, тел/факс: 64-17-31 Почтовый адрес: 685007 г. Магадан, ул. Попова, д. 7, корп. 2, тел/факс: 64-17-31

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ З.И. Лукина

Потребитель:\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- (прописки):

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

Адрес фактического *проживания:*

Телеф:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

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