Приложение № 3

к приказу главного врача

от 20.05.2019 № 107

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_

**о предоставлении медицинских услуг**

г. Чебоксары «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 **Бюджетное учреждение Чувашской Республики «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Министерства здравоохранения Чувашской Республики** (лицензия № ЛО-21-01-001851 от 14.01.2019г., бессрочная, с приложениями (выдана Министерством здравоохранения Чувашской Республики, 428000, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д.17,телефон:(835)62-35-94), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Еленкиной Жанны Валерьевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий на основании Устава с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Согласно настоящему договору Исполнитель обязуется оказывать **медицинские услуги**, а Заказчик обязуется оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
1. **ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

**2.1. Заказчик обязан:**

* + 1. Своевременно оплачивать исполнителю стоимость медицинских услуг, оказанных Заказчику, в порядке и по тарифам, предусмотренным настоящим Договором.
	1. **Исполнитель обязан:**

2.2.1. Предоставить при подписании настоящего договора для согласования действующий прейскурант цен на услуги (далее – Прейскурант), являющийся неотъемлемой частью настоящего договора.

* + 1. Обеспечить своевременное предоставление медицинских услуг. В рамках настоящего договора Исполнитель оказывает только те медицинские услуги, на которые он имеет лицензию.
		2. Вести учет услуг, оказанных Заказчику, и предоставлять Заказчику сведения об объеме и виде этих услуг за отчетный месяц в виде акта выполненных работ и счетов не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным.
1. **ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом цен Исполнителя на платные медицинские услуги (Спецификация – Приложение № 1 к Договору).

 Общая сумма Договора определяется суммой выставленных Исполнителем счетов.

Медицинские услуги, предоставленные Исполнителем, оплачиваются Заказчиком по действующим тарифам Исполнителя на момент обращения.

* 1. При существенном возрастании себестоимости медицинских услуг, которые нельзя было предусмотреть при заключении настоящего договора, указанные тарифы могут изменяться Исполнителем в одностороннем порядке с письменным уведомлением Заказчика. Исполнитель обязан письменно уведомить Заказчика об изменении тарифа не позднее 15 календарных дней до внесения изменений.
	2. Наличие при обращении надлежаще оформленного направления на оказание медицинских услуг является подтверждением согласия Заказчика на оплату услуг по действующим на момент обращения тарифам.
	3. Исполнитель один раз в месяц, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным, направляет Заказчику акт выполненных работ и финансовые счета на общую сумму оказанных медицинских услуг.
	4. Заказчик в течение 15 календарных дней с момента получения финансовых счетов обязан оплатить их путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Оплата производится за счет средств республиканского бюджета.
	5. Излишне оплаченные Заказчиком суммы учитываются при последующих расчетах.
1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. При несвоевременной или неполной оплате финансовых счетов за оказание медицинских услуг Заказчику начисляется пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.
	2. В случае некачественного оказания медицинских услуг, подтвержденного актом экспертизы, повторное их оказание осуществляются за счет исполнителя.
	3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение принятых на себя обязательств в случае отсутствия возможности их исполнения по независящим от него причинам (форс-мажор). К форс-мажорным обстоятельствам стороны причисляют перебои электро-, водо-, газоснабжения, выход из строя специальной медицинской аппаратуры, стихийные бедствия, забастовки, эпидемии. Данный перечень не является исчерпывающим.
	4. Во всех остальных случаях нарушения принятых на себя обязательств, стороны отвечают в соответствии с действующим законодательством.
2. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
	1. Договор на предоставление медицинских услуг Заказчику вступает в силу с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. и действует до 31.12.20\_\_\_\_г.
	2. Договор может быть досрочно расторгнут в случаях, предусмотренных законодательством РФ.
	3. При утрате одной из Сторон прав юридического лица вследствие реорганизации, права и обязанности по настоящему Договору переходят к соответствующему правопреемнику.
3. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**
	1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и находящихся у каждой из Сторон.
	2. К настоящему Договору прилагаются:

- Прейскурант на медицинские услуги;

- Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности ЛО-21-01-001851 от 14.01.2019г., выдана Министерством здравоохранении Чувашской республики с приложениями;

- Лист консультанта при оказании консультативных услуг (приложение № 1 к договору).

 - Сопроводительное письмо при направлении биоматериала (приложение № 2 к договору).

* 1. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на это лицами.
	2. Стороны обязуются решать спорные вопросы путем переговоров и переписки. При невозможности разрешения спора он подлежит рассмотрению в Арбитражном суде Чувашской Республики.

**ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ:**

|  |  |
| --- | --- |
| ЗАКАЗЧИК:Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МП«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  | ИСПОЛНИТЕЛЬ: **БУ «Республиканский противотуберкулезный****диспансер» Минздрава Чувашии** 428015, Чувашская Республика, г. Чебоксары, ул. Пирогова, дом 4 «В»,р/с № 40601810600003000003л/с 20266Б02551Код дохода 85500000000000000130, 855200 Отделение –НБ Чувашская Республика г. Чебоксары БИК 049706001, ОГРН 1022101287768ИНН 2129009518, КПП 213001001, Тел. (8352) 58-57-09Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ж.В. ЕленкинаМП «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.  |

Приложение

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

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности ЛО-21-01-001851 от 14.01.2019г., выдана Министерством здравоохранении Чувашской республики с приложениями**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медико-социальной помощи, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искуственного прерывания беременности), бактериологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлярной имплантации), офтальмологии, пульмонологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностики, эндокринологии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, фтизиатрии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: бактериологии, диетологии, клинической лабораторной диагностики, клинической фармакологии, лабораторной диагностики, рентгенологии, сестринскому делу, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, эпидемиологии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, диетологии, клинической лабораторной диагностики, клинической фармакологии, лабораторной диагностики, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицины, медицинской статистике, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, торакальной хирургии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностики, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинского освидетельствования на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

 Приложение №1

 к договору на предоставление медицинских услуг

 № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**(ОБРАЗЕЦ)**

**БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии**

**ЛИСТ КОНСУЛЬТАНТА**

**1. Сведения о враче-специалисте проводившего консультацию:**

1. **Дата вызова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Место вызова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(****Учреждение, структурное подразделение)*

1. **Ф.И.О. врача консультанта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Ученая степень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Сведения о больном:**

**1. Ф.И.О. больного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Номер истории болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2. Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Заключение консультанта**
2. **Время консультации с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. Методы исследования, назначенные врачом и проведенные пациенту согласно Прейскуранту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись врача консультанта  | Подпись ответственного лица вызвавшего консультанта  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК ЛИСТА КОНСУЛЬТАНТА

**БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии**

**Дата и время консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. врача консультанта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ученая степень \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ф.И.О. больного получившего консультацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Приложение № к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ о предоставлении медицинских услуг вБУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии 428005, г. Чебоксары, ул. Пирогова д. 4 «В» |

**Сопроводительное письмо (ОБРАЗЕЦ)**

При этом направляется для\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (вид исследований)

Биоматериал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(перечислить какой биоматериал и в каком количестве)

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

Для исследования на исключение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид, пол и возраст)

Принадлежащий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о.)

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место отбора материала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата отбора биоматериала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата отправки биоматериала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, проводившего отбор материала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О.)

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

(подпись)

М.П.