ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Клин «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

ГБУЗ МО «Клинская детская городская больница», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Стебловской Ольги Павловны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА
   1. «ПАЦИЕНТ» поручает, а «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязуется оказать «ПАЦИЕНТУ» платную медицинскую услугу:

1.2 Срок оказания медицинской услуги:

1. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет:

2.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, непредусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия «ПАЦИЕНТА» с оплатой, по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
   1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан:

* предоставить «ПАЦИЕНТУ» достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге:
* оказать «ПАЦИЕНТУ» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.
  1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной договором.
  2. «ПАЦИЕНТ» обязан:
* информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
* своевременно оплатить стоимость услуги;
* точно выполнять назначения врача.
  1. «ПАЦИЕНТ» имеет право:
* на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге;
* на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
* отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «ИСПОЛНИТЕЛЮ» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
   1. В случае ненадлежащего оказания услуги «ПАЦИЕНТ» вправе по своему' выбору:

* назначить новый срок оказания услуги,
* потребовать уменьшение стоимости предоставленной услуги;
* потребовать исполнения услуги другим специалистом;
* расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке
  1. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушение «ПАЦИЕНТОМ» своих обязательств или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.
  2. «ПАЦИЕНТ» возмещает медицинскому учреждению понесенные . убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить

ее оказание по вине «ПАЦИЕНТА».

* 1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

1. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА
   1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
2. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ | ПАЦИЕНТ |
| ГБУЗ МО «Кдинская детская городская больница»  Адрес: 141600 Московская облась, г. Клин,  Ул. Карла Маркса, д. 66  Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |