**ДОГОВОР N \_\_\_\_\_**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Нижний Новгород                                                                                                                                                 "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Пациент", дата рождения "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.,  код подразделения          , с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области "Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн", именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Евстафьева О.В., действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-005629, выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области, дата выдачи 17 ноября 2016 года, с другой стороны,  вместе также  именуемые "Стороны",  заключили  настоящий договор (далее - "Договор") о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель  на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Стоимость** |
| 1. |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

,  а Пациент  уплачивает  Исполнителю вознаграждение  в размере,  порядке и сроки,  которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 603000, г.Нижний Новгород, переулок Гоголя, дом 9 в соответствии с установленными Правилами

1.3. До момента подписания настоящего Договора Пациенту были предложены варианты обследования, схемы лечения, определенные для соответствующего заболевания и утвержденные Исполнителем, из которых Пациент выбрал  вариант  лечения, указанные в п.1.1. настоящего Договора, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте Пациента от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ . В частности, указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные  схемы лечения и выбранный Пациентом вариант, указанный в п.1.1. настоящего Договора. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, в соответствии с законодательством РФ и соответствующим Положением, указанным в п. 3.1 настоящего Договора.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги,  предусмотренные  п.  1.1  настоящего Договора,  а при необходимости  и  дополнительные  услуги, в случае если они согласованы сторонами. При оказании дополнительных услуг стороны заключают новый Договор.

2.1.3. При исполнении настоящего Договора Исполнитель оказывает услуги указанные в п.1.1. в полном соответствии с нормами Положения об оказании платных медицинских услуг. Данная информация предоставляется путем размещения соответствующей информации на специализированном стенде в регистратуре

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя. Данная информация предоставляется путем размещения соответствующей информации на специализированном стенде в регистратуре.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.4. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем (Приложение №1).

2.2.5. Кроме того Пациент обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. До заключения настоящего Договора Исполнитель в устной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 состоянии здоровья Пациента, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте Пациента и закрепляется подписями Сторон.

**3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг определены  Положением об оказании платных медицинских услуг, утвержденных Исполнителем. Текст указанного Положения размещается для информирования Пациента в регистратуре Исполнителя

3.2. Подписываемые Сторонами акты об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту.

3.3. Пациент обязуется рассмотреть и подписать акты, представленные Исполнителем, в течение 1 (Одного) дня с момента их получения при условии отсутствия у Пациента каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Пациент указывает об этом в отчете (акте) и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает отчет (акт) и передает один экземпляр Исполнителю. В случае необоснованного отказа или уклонения Пациента от подписания Акта выполненных работ, Акт считается подписанным в течение 3 (Трех) дней с даты оказания, последней процедуры в рамках определенной сторонами схемы лечения.

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.6. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Размер стоимости и порядок оплаты определяются п. 1.1. настоящего договора на основании Прейскуранта цен, утвержденного Исполнителем.

Сроки оплаты: предоплата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, оставшаяся сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.2. Вознаграждение уплачивается в виде перечисления суммы в размере полной стоимости настоящего Договора, путем предоплаты, на расчетный счет Исполнителя или внесения в кассу Исполнителя, что подтверждается выдачей соответствующего  установленного законодательством РФ документа.

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, в соответствии с законодательством РФ и в размерах установленных настоящим Договором

5.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.3. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (Трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации, в порядке и в размере определенном настоящим Договором.

5.5. Размер ответственности Исполнителя и его работников, оказывающих услуги по настоящему Договору ограничен размером стоимости настоящего договора, определенного в п.1.1.

**6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При невозможности урегулирования в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Срок действия настоящего Договора - с момента его заключения  до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.3.1. Отчет (акт) об оказанных медицинских услугах (Приложение N 1).

8.3.2. Согласие на медицинское вмешательство

**9. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

**9.1. С целью организации оказания  медицинской помощи Исполнителем, Пациент при подписании настоящего договора дает свое полное согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с нормами Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных»**

**10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Исполнитель: ГБУЗ НО "Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн"

Телефон / факс  430-17-40,  430-17-69,

Эл.почта  ngvv-kadri@narod.ru

ИНН 5260040942 КПП 526001001

лицевой счет №  20001030080 расч.счет 40601810422023000001

 ГРКЦ ГУ Банка России по Нижегородской области г. Нижний Новгород БИК 042202001

ОГРН 1025203045394

ОКВЭД 85.11.1

**ПОДПИСИ СТОРОН**

             Пациент:                                                                                                                       Исполнитель:

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

                                                                                                                                              М.П.