Д О Г О В О Р № \_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг  
  
Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная психиатрическая больница Федерального медико-биологического агентства», лицензия на осуществление медицинской деятельности ФС-99-01-008273 от 15 апреля 2013 г., (лицензирующий орган: Росздравнадзор, адрес: 109074, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел.: (495) 698-45-38), (далее ИСПОЛНИТЕЛЬ), в лице и.о. главного врача В.А. Приятеля, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)  
(далее ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК), с другой стороны, совместно именуемые СТОРОНЫ, заключили настоящий ДОГОВОР о нижеследующем:  
**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**  
1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ПАЦИЕНТА) следующие медицинские услуги:  
Наименование услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Цена услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Стоимость\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
2.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) обязуется:  
2.1.1. Оплатить предоставляемую ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены ДОГОВОРОМ.  
2.1.2. Соблюдать рекомендации врача, режим отделения, выполнять иные требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, указанных в п.1.1 настоящего ДОГОВОРА, включая сообщение необходимых для этого сведений о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур.  
2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:  
2.2.1. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также условия предоставления медицинских услуг, предусмотренных ДОГОВОРОМ.  
2.2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан предупредить об этом ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА).  
**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**  
3.1. При подписании ДОГОВОРА ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) осуществляет предварительную оплату медицинских услуг путем внесения авансового платежа в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ в сумме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
3.2. Окончательный расчет производится СТОРОНАМИ в течение срока действия настоящего ДОГОВОРА.  
3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и/или лечения, стоимость услуг может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ с согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА). Изменение стоимости медицинских услуг должно быть произведено путем подписания обеими сторонами дополнения к настоящему ДОГОВОРУ.  
**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА:**  
4.1. Настоящий ДОГОВОР вступает в силу с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.  
**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**  
5.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств, виновные лица несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.  
**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**  
6.1. В случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ после заключения ДОГОВОРА от получения медицинских услуг ДОГОВОР расторгается. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА) о расторжении договора по инициативе ПОТРЕБИТЕЛЯ, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.  
6.2. Отказ от исполнения обязательств по ДОГОВОРУ происходит по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.  
6.3. Возврат денежных средств за услуги, не оказанные ЗАКАЗЧИКУ, осуществляется в течение 2-х банковских дней с момента подачи ПОТРЕБИТЕЛЕМ (ЗАКАЗЧИКОМ) письменного заявления о прекращении ДОГОВОРА.  
6.4. Все претензии и споры, возникающие между СТОРОНАМИ, решаются в соответствии с действующим законодательством.  
**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**  
7.1. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК), подписывая настоящий ДОГОВОР подтверждает, что им было получено Уведомление, предусмотренное п. 15 Правил предоставления платных медицинских услуг медицинскими организациями, утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, а также в доступной форме доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) добровольно принимает на себя обязательство оплатить медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим ДОГОВОРОМ.  
7.2. В случае изменения перечня медицинских услуг или сроков их оказания, стороны заключают дополнение к данному ДОГОВОРУ.  
7.3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у ИСПОЛНИТЕЛЯ, второй - у ЗАКАЗЧИКА, третий - у ПОТРЕБИТЕЛЯ. В случае если договор заключается ПОТРЕБИТЕЛЕМ и ИСПОЛНИТЕЛЕМ, он составляется в 2 экземплярах.  
**8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН**  
ИСПОЛНИТЕЛЬ:  
ФГБУЗ ЦПБ ФМБА России 144009, Московская обл., г. Электpосталь Криулинский пр-д, д.12  
Свидетельство о внесения сведений в Единый государственный реестр юридических лиц: серия 50 № 012724187 выдано ИФНС РФ по г.Электростали Московской области  
ИНН 5053007231, КПП 505301001, ОГРН 1025007112514  
УФК по МО (ФГБУЗ ЦПБ ФМБА России л/с 20486Х76860),  
р/счет 40501810300002000104 в Отделении 1 Московского ГТУ Банка России, БИК 044583001  
Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Зав. отд (деж. врач) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
М.п.  
  
ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_