***Договор на оказание платных медицинских услуг***

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных (возмездных) медицинских услуг**

*г.Пермь*

*«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер», именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,*

*с одной стороны, и гражданин(ка):*

*(фамилия, имя, отчество полностью)*

*Именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:*

***1. Предмет договора***

*1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги (далее – «Услуги») полностью в срок до*

*1.2. Перечень оказываемых Услуг определяется Техническими заданиями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлимыми частями.*

***2. Стоимость услуг и порядок расчета***

*2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта цен на момент оказания услуг, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, указанных в Технических заданиях Договора.*

*2.2. Оплата оказываемых услуг производится Заказчиком либо перед оказанием услуг, в порядке 100-% предоплаты либо после оказания услуг по настоящему Договору.*

*2.3. Оплата может быть осуществлена как в наличной форме, так и безналичным путем.*

*2.4. В случае досрочного расторжения договора, по инициативе Заказчика уплаченные денежные суммы возвращаются Исполнителем с удержанием фактически понесенных затрат.*

*2.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные, Заказчиком в рамках настоящего Договора возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат.*

***3. Права и обязанности сторон***

***Исполнитель обязан:***

*3.1. Предварительно предоставить заказчику информацию об услуге и ее ориентировочной стоимости, которая может измениться в случае необходимости выполнения дополнительных услуг. Исполнитель в любом случае предупреждает*

*Заказчика о необходимости предоставления дополнительных платных медицинских услуг.*

*3.2. Оказать качественные медицинские услуги в соответствии с медико-экономическими стандартами и имеющейся лицензией в установленные договором сроки, соблюдать права потребителей медицинских услуг.*

*3.3. Обеспечить режим конфиденциальности в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

***Исполнитель имеет право:***

*3.4. Назначать проведение лечебно-диагностических мероприятий по своему выбору, согласованному с Заказчиком в соответствии с принятыми в медицинской практике подходами к оказанию медицинских услуг.*

*3.5. Привлекать других лиц при исполнении настоящего Договора. Согласие Заказчика на привлечение третьих лиц не требуется.*

*3.6. В случае невыполнения заказчиком пунктов 3.8.; 3.9.; 3.10.; 3.11; 3.12 расторгнуть данный договор в одностороннем порядке и прервать лечение, не возвращая Заказчику денежные средства за выполненную работу и затраченные материалы.*

*3.7. В случае невыполнения заказчиком пункта 3.11., произвести перерасчет стоимости оказанных услуг по действующему прейскуранту.*

***Заказчик обязан:***

*3.8. Своевременно и в полном объеме произвести оплату согласованных с ним видов услуг в соответствии с действующем прейскурантом цен в наличной или  безналичной форме.*

*3.9. Информировать лечащего врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и других противопоказаниях.*

*3.10. Строго соблюдать назначенные лечащим врачом сроки лечения.*

*3.11. Строго соблюдать время явки на прием к врачу, указанное в пункте 1.1. настоящего Договора.*

*3.12. Строго соблюдать и выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача, как в период оказания услуг, так и в дальнейшем.*

***Заказчик имеет право:***

*3.13. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и разрешения на право предоставления платных медицинских услуг.*

*3.14. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора, уплатив Исполнителю, часть установленной цены пропорционально части услуги, выполненной до уведомления об отказе от исполнения договора, и возместив*

*Исполнителю расходы, произведенные до этого момента в целях исполнения договора, если они не входят в указанную часть цены услуги.*

***4. Ответственность сторон***

*4.1. Стороны несут ответственность друг перед другом в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.*

*4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения*

*Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами. К таким событиям чрезвычайного характера относятся стихийные бедствия, военные действия и иные форс-мажорные обстоятельства.*

*4.3. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, обязательных на*

*территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.*

***5. Срок действия договора***

*5.1. Настоящий договор вступает в силу с  и действует до момента полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.*

***6. Особые условия***

*6.1. Платные медицинские услуги по настоящему Договору оказываются Заказчику по его просьбе и с его добровольного информированного согласия, что не нарушает права Заказчика на бесплатную медицинскую помощь*

*в рамках «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».*

*6.2. Перед оказанием услуг Заказчику была предоставлена исчерпывающая информация о методах диагностики и лечения заболеваний в ГБУЗ ПК «ПКОД», даны ответы на все интересующие вопросы. Исполнитель разъясняет, а*

*Заказчик понимает, что все действия медицинских работников направлены на максимальное удовлетворение его потребностей, ради которых он обратился к Исполнителю. При этом медицинская практика не может гарантировать*

*абсолютно во всех случаях достижения целей медицинского обследования в связи с физиологическими особенностями и сложностью человеческого организма. В таких случаях, не связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими*

*работниками своих профессиональных обязанностей, ответственность Исполнителя не наступает.*

*6.3. Исполнитель не несет ответственности за последствия, связанные с предоставлением Заказчиком неполной или недостоверной информации.*

*6.4. По истечении срока действия настоящего договора стороны освобождаются от выполнения своих обязательств по данному договору, кроме оплаты заказчиком оказанных ему услуг и гарантийных обязательств Исполнителя.*

*6.5. Изменение условий настоящего договора возможно только по соглашению Сторон.*

*6.6. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.*

*6.7. Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую силу, один экземпляр находится у Заказчика, а второй – у Исполнителя.*

***7. Приложения***

*7.1. Неотъемлемой частью настоящего договора является Информированное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №1) и Технические задания.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***8. Юридические адреса и реквизиты.*** | | | | | |
| ***«Исполнитель»*** | | ***«Заказчик»*** | | | |
| *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Пермский краевой онкологический диспансер»* | | *Фамилия Имя Отчество:* | | | |
| *Юридический адрес: 614066, г. Пермь, ул. Баумана, 15* | | *Домашний адрес:* | | | |
| *ИНН/КПП: 5905003350/590501001 ОГРН: 1025901219849* | | *Телефон(ы):* | | | |
| *Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* | | *Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | *Приложение №1 к договору  на оказание* | | | |
|  |  | *платных (возмездных) медицинских услуг* | | | |
|  |  | *№* | | | |

***Информированное добровольное согласие***

***потребителя на предоставление платных медицинских услуг***

*Настоящим Потребителю (Заказчику) разъясняется, что в силу статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждый имеет право на медицинскую помощь в*

*гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных*

*услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.*

*Согласно статье 84 Федерального закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при*

*оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.*

*Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.*

*Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий*

*бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

***Я,***

*ознакомлен(а) с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

*Получение платной медицинской помощи является моим добровольным желанием.*

*С порядком предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ ПК «ПКОД» ознакомлен(а), возражений не имею.*

***Заказчик****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.*