**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Воткинск от ***«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.***

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Воткинская городская больница № 1 Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», ул. Гражданская, 1,а, лицензия на медицинскую деятельность от 19.12.2018 г. № ЛО-18-01-002599 выданная Минздравом Удмуртии г. Ижевск, пер. Интернациональный, 15 (тел. (3412) 20-49-11), ОГРН 1021801064713 выданный МиФнс № 3 по УР, в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Барышниковой О.В., действующего на основании Доверенности №1 от 09.01.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать платную медицинскую услугу после поступления денежных средств в кассу БУЗ УР «Воткинская ГБ № 1 МЗ УР»:

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

1.2. « Потребитель» обязуется осуществить оплату вышеперечисленных услуг сразу после заключения договора в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_ коп.

2.Обязанности сторон

2.1. «Исполнитель» обязуется:

а) Произвести лечебно-диагностические мероприятия, предоставить иные услуги в соответствии с действующим законодательством РФ, условиями настоящего договора, а также медико-экономическими стандартами и ведомственными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

б) Выдать заключение врача с указанием результатов проведенных исследований, лечебных, диагностических и других мероприятий направленных на лечение «Заказчика».

2.2. «Потребитель» обязуется:

а) Выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача. б) Соблюдать все условия настоящего договора в срок.

в) Предоставлять необходимые документы для обследования. г) Соблюдать требования, которые являются условием эффективности лечения.

д) Прибыть на лечение в точно указанное время и место. е) Соблюдать правила поведения пациентов,

действующие у «Исполнителя»

ж) Выполнять все указания и требования «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление медицинских и иных услуг, профилактику осложнений, включая сообщение необходимых для этого сведений и исполнения всех рекомендаций.

з) При поступлении на лечение к «Исполнителю» иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а также направление от врача.

и) Ознакомиться и оформить информированное добровольное согласие.

3. Ответственность сторон.

3.1. В случае невыполнения «Потребителем» двух и более раз рекомендаций, указаний и требований лечащего врача «Исполнитель» вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, без возврата уплаченных сумм по договору.

3.2. Невыполнение «Потребителем» указаний и требований «Исполнителя» исключает ответственность «Исполнителя» за качество предоставленных услуг и является основанием для расторжения договора в одностороннем порядке с письменным уведомлением «Потребителя». **Уведомлён «Потребитель» \_\_\_\_\_.**

4. Прочие условия

* 1. Условия договора могут быть изменены или дополнены по взаимному соглашению сторон.
  2. Стороны несут ответственность (в т.ч. гарантийные обязательства и право потребителя при отказе от исполнения договора и возврата уплаченной суммы на возмещение других убытков) за исполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством РФ.
  3. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**«Потребитель»** **«Исполнитель»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заместитель главного врача по экономическим вопросам

паспорт серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес: ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В. Барышникова

подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие

на получение платных услуг

Прошу оказать мне платные медицинские услуги.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) медицинским работником БУЗ УР «Воткинская ГБ №1 МЗ УР» об объёмах, условиях и порядке получения на безвозмездной основе медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в плановом порядке в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики. **Ознакомлен** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кроме того, я проинформирован(а) медицинским работником БУЗ УР «Воткинская ГБ №1 МЗ УР» о возможности получения мною платных медицинских услуг (п. 1.1. договора) по цене (п. 1.2. договора) вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики. **Ознакомлен** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю указанные выше платные медицинские услуги

Настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

(фамилия, инициалы)