ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА ПО ПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ

ДОГОВОР от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский лечебно-реабилитационный центр города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края. Юридический адрес: 350007, РФ,  Краснодарский край, г. Краснодар, ул. им. Захарова, д. 61., в лице главного врача Екутеч Галины Нурбиевны, действующего на основании Устава. Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 06.05.2019 №  ЛО-23-01-013515 выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, расположенным по адресу: 350000, РФ, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276, тел: (861) 992-53-68, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель :

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

(фамилия, имя, отчество)

Именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, руководствуясь нормами действующего законодательства РФ, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	* Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Вид услуги | Количество | Сумма, руб. |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Итого: |   |   |

* Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, соответствует лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края и указанном в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату оставления настоящего Договора.

1.3.   При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются условиями настоящего Договора, действующим законодательствам Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

1. **Условия и порядок оказания услуг**

2.1.   Услуги Заказчику оказываются на условиях и в соответствии с режимом работы Исполнителя, которые доводятся до сведения Заказчика при заключении настоящего Договора.

2.2.   Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он в полном объеме проинформировано порядке, условиях, способах и последствиях оказания платных медицинских услуг, чем выражает свое согласие на предоставление платных медицинских услуг Исполнителем.

1. **Порядок расчетов**

3.1.   Оплата платных медицинских услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до фактического получения таких услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо производится оплата по безналичной форме.

3.2.   При оплате Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денежных средств.

1. **Права и обязанности сторон**

4.1.      Исполнитель обязан:

4.1.1.   Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный Договором срок;

4.1.2.   Предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых платных медицинских услугах о подписания Договора;

4.1.3.   При оказании платных медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4.   Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиями предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5.   Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и не предоставлять ее без согласия Заказчика, только в установленном законом случае;

4.1.6.   Исполнитель осуществляет обработку персональных данных Заказчика, в ходе которой принимает необходимые правовые, организационные и технические меры для защиты персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

4.2.      Исполнитель имеет право:

4.2.1.   Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

4.2.2.   Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3.      Заказчик обязан:

4.3.1.   Оплатить стоимость медицинских услуг в объеме, в сроки и порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего Договора;

4.3.2.   Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3.   Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий Договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4.      Заказчик имеет право:

4.4.1.   Выбирать лечащего врача;

4.4.2.   Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.3.   Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю (удержанием в пользу Исполнителя) фактически понесенных затрат.

1. **Ответственность сторон**

5.1.      В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий Договора Заказчик вправе по своему выбору требовать:

5.1.1.   Назначения нового срока оказания услуги;

5.1.2.   Уменьшения стоимости предоставленной услуги;

5.1.3.   Исполнения услуги другим специалистом.

5.2.      Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платных медицинских услуг если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, по вине Заказчика или иных третьих лиц, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.3.      Исполнитель не несет ответственность по гарантийным обязательствам, в случае несоблюдения Заказчиком в полном объеме предписаний и рекомендаций врача.

1. **Срок действия Договора**

6.1.      Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения Сторонами обязательств в полном объеме.

6.2.      Условия Договора могут быть изменены по соглашению Сторон путем оформления в письменной форме дополнений и (или) изменений, которые будут являться неотъемлемой частью Договора.

6.3.      Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации, в том числе, в связи с односторонним отказом по инициативе одной из Сторон.

1. **Прочие условия**

7.1.      Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного Договора, разрешаются путем переговоров, а в случае отсутствия согласия – в судебном порядке.

7.2.      Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

1. **Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детский лечебно-реабилитационный центр города Краснодара» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ «ДЛРЦ г. Краснодара МЗ КК)Адрес: 350007, г. Краснодар, ул. им. Захарова, д. 61ИНН/КПП: 2309071240/230901001ОГРН: 1032304933330Тел.: (861)268-90-82E-mail: dlrc@miackuban.ru Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Н. Екутеч Врач, оказавший услугу и лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/         подпись                             фамилия и инициалы |   | Заказчик: Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/                     подпись                 фамилия и инициалы |