Приложение № 1

к приказу ГАУЗ «ООККВД»

от 13.08.2019г.№370

Приложение № 2

к приказу ГАУЗ «ООККВД»

от 01.03.2019г.№111

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

 г. Оренбург (г. Орск, г. Бугуруслан, г. Новотроицк, г. Бузулук) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Оренбургский областной клинический кожно-венерологический диспансер», действующее на основании лицензии № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года, выданной министерством здравоохранения Оренбургской области (460006, г, Оренбург, ул.Терешковой, д.33, тел.(3532) 77-37-36) бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О.

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Ι. Предмет договора, условия и сроки предоставления медицинских услуг**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную медицинскую услугу (далее – услуга) согласно Спецификации (Приложение №1). При необходимости Исполнитель вправе привлечь к оказанию услуг иные организации, имеющие лицензию на соответствующий вид медицинской деятельности.

1.2. Услуга предоставляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента. (Приложение№2).

1.3. Срок оказания услуги в течение \_\_\_\_\_\_дней с момента заключения договора.

1.4. Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, установлен приложением №4 к настоящему договору.

1.5. Место оказания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ΙΙ. Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

2.2. Оплата производится путем внесения денежных средств (наличных, безналичных) в кассу учреждения до оказания медицинской помощи (предоплата 100%). Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату -контрольно-кассовый чек.

**ΙΙΙ. Права и обязанности сторон**

3.1. Исполнитель обязан:

- оказать Пациенту медицинские услуги надлежащего качества и в установленный договором срок;

- предоставить Пациенту доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

- выдать Пациенту медицинские документы (их копии, выписки из них), отражающие состояние его здоровья после получения услуги;

- в случае возникновения потребности в предоставлении дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Пациента.

3.2. Исполнитель вправе:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и медицинских вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи;

- в одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнения обязательств по договору при неисполнении Пациентом своих обязательств.

3.3. Пациент обязан:

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

- выполнять правила лечебно-охранительного режима Исполнителя, точно выполнять назначения медицинского персонала Исполнителя;

-своевременно оплатить стоимость услуги.

3.4. Пациент имеет право:

- на предоставление информации о предоставляемой услуге;

- знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

-отказаться от получения услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, фактически понесенных им в связи с исполнением обязательств по договору.

**IV. Ответственность сторон**

4.1. В случае ненадлежащего оказания услуги Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- потребовать возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

4.2. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**V. Порядок изменения, расторжения договора, прочие условия**

5.1. Изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены письменно, подписаны Сторонами.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством и настоящим договором.

5.3. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

5.4. Споры и разногласия решаются путем переговоров либо в судебном порядке.

5.5. Договор составляется в трех экземплярах, один экземпляр для Пациента и два экземпляра для Исполнителя.

**VΙ. Конфиденциальность**

6.1.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении (врачебную тайну). Предоставление сведений составляющих врачебную тайну без согласия Пациента допускается исключительно в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.2. Одновременно с заключением договора Пациент предоставляет Исполнителю **согласие на обработку персональных данных** включая информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иных сведений, полученных в результате его обследования и лечения, для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору, в том числе передачу указанной информации иным организациям в случае необходимости привлечен их к оказанию услуг в соответствии с Договором.

**VΙI. Реквизиты сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент\*** |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения «Оренбургский областной клинический кожно-венерологический диспансер» (ГАУЗ «ООККВД») 460000, г.Оренбург, ул.Кобозева, 39 | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кем выдан дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес места жительства: Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись пациента |
| ИНН 5610043460 КПП 561001001 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛсерия 56 № 00148425, выданное ИМНС России Ленинского района г. Оренбурга 29.01.2003г.ОКВЭД 85.11.1; 85.12.**Банковские реквизиты:** |
| Министерство финансов Оренбургской области (ГАУЗ «ООККВД» л\с 039.09.014.0) |
| р/с 40601810700003000001 Отделение Оренбург г. ОренбургБИК 045354001 |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

\*В случае не предъявления паспорта, в том числе при анонимном обращении - указать следующее: «записано со слов пациента, паспорт не предъявлен»