Договор на оказание дополнительных платных медицинских услуг

г. Йошкар-Ола «____» _____20___ г.

Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Баширова Валерия Ильязовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о следующем:

1. Сведения о сторонах договора

1.1Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Врачебно-физкультурный диспансер»

1.1.2. Адрес места нахождения: г. Йошкар-Ола, ул. Якова Эшпая, д.147.

1.1.3. Адрес (место) оказания медицинских услуг: г. Йошкар-Ола, ул. Якова Эшпая, д.147.

1.1.4. ИНН/КПП/ОГРН: 1215139269/121501001/ 1091215001712

1.1.5. Лицензия на осуществление медицинской деятельности серия ЛО-12№ ЛО-12-01-000767 от 17.10.2016 г., выданная Министерством здравоохранения Республики Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Набережная Брюгге 3, тел (8362) 45-73-26.

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Адрес места жительства и телефон

Заказчика:_____

2. Предмет договора

1.1. Исполнитель, действуя на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности, обязуется оказать по желанию «Заказчика» платные медицинские услуги, а именно _____ а «Заказчик» обязуется их оплатить.

1.2. При заключении Договора Заказчику представлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), а также Заказчик информирован о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Оплата медицинских услуг производиться авансовым платежом в размере 100%, на основании Прейскуранта Исполнителя. Заказчик ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего Договора. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя. Цена по договору составляет _____ рублей (_____ рублей ___ копеек).

4. Условия предоставления платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика, на возмездной основе за счет средств Заказчика. Срок оказания услуг ____ дня

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензия на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующем законодательством РФ.

4.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность специалистов Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.5. Исполнитель имеет право требовать от Заказчика соблюдения правил внутреннего распорядка.

5. Ответственность сторон

5.1.Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Прочие условия

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать путем переговоров, при не достижении согласия – в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Заказчиком медицинской услуги.

5.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.

6. **Адреса и реквизиты сторон**

ЗАКАЗЧИК	**ИСПОЛНИТЕЛЬ**
Ф.И.О.	**ГБУ Республики Марий Эл «ВФД»,** 424002 Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, ул. Я.Эшпая, 147,
	Тел. 42-53-11, 41-39-21
Подпись	**Реквизиты:** ИНН 1215139269 КПП 121501001, УФК по Республике Марий Эл (ГБУ Республики Марий Эл ВФД», л/с 20086У03090), Р/сч. 40601810800001000001 в отделение-НБ Республика Марий Эл
	БИК 048860001, КБК 00000000000000000130
	Главный врач: Баширов Валерий Ильязович.

Акт выполненных работ

№п.п	Наименование услуги	Ед.изм.	Количество	Цена	Сумма

Всего оказано услуг:_____

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.