**ДОГОВОР**

**об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Ростов-на-Дону «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Областной центр охраны здоровья семьи и репродукции» (ГБУ РО «ОЦОЗС и Р»), ОГРН № 1026103160456 (свидетельство от 04.09.2002 серия 61, № 000594228, регистрирующий орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №25 по Ростовской области), осуществляющий свою деятельность на основании Устава и лицензии № ЛО-61-01-006840 от 06 декабря 2018., в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента полностью)

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

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя исполнение платной медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской услуги)

Срок оказания медицинской услуги: с «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. по «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. (при оказании помощи в дневном стационаре: с момента оказания данной услуги до выписки из дневного стационара ГБУ РО «ОЦОЗС и Р», но не менее 4-х часов медицинского наблюдения).

**СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1 Стоимость платной медицинской услуги, согласно прейскуранту, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.\_\_\_\_коп. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(сумма прописью)

Формирование цены на платные услуги осуществляется на основании Приказа МЗ РО «О ценообразовании платных услуг» № 1060 от 27.06.2016 г.

2.2. Оплата медицинской услуги производится до ее оказания наличными денежными средствами  
в кассу ГБУ РО «ОЦОЗС и Р» с использованием контрольно-кассового чека, квитанции, бланка строгой отчетности, для подтверждения приема наличных денег от «Пациента» или безналичным путем.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. «Исполнитель» обязан:

* Оказать пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь, необходимое  
  лекарственное обеспечение;
* Предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, достоверную информацию о  
  предоставляемой услуге;
* Уведомить «Пациента» о возможности получения для него бесплатной медицинской  
  помощи.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

* В случае возникновения неотложных состояний, побочных эффектов и осложнений  
  самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств,  
  необходимых для оказания медицинской помощи.

3.3. «Пациент» обязан:

* Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях,  
  аллергических реакциях, известных ему противопоказаниях;
* Своевременно оплатить стоимость услуги;
* Точно выполнять предписания и назначения врача, соблюдать режим мед. учреждения.

3.4. «Пациент» имеет право:

* Ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность  
  учреждения и его врачей;
* Отказаться от получения медицинской помощи.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Исполнитель» несет ответственность  
перед «Пациентом» согласно действующему законодательству.

«Исполнитель» не несет ответственности за наступление осложнений и побочных эффектов,  
которые возникают в случае биологических особенностей организма, а используемая технология  
оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, если медицинская  
услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

«Исполнитель» освобождается от ответственности за не использование или ненадлежащее  
использование своих обязанностей по договору, если это произошло вследствие неопределимой  
силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей, медицинских предписаний и назначений или  
по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

«Пациент» несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

**5. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Договор может быть расторгнутпо соглашению сторон.

5.2. В случае отказа «Пациента» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Пациента» о расторжении договора по инициативе «Пациента», при этом «Пациент» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. «Пациент» обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

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

Споры и разногласия решаются путем переговоров сторон.

«Пациент» подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся  
медицинской услуги, условиями ее предоставления, возможными осложнениями и побочными  
эффектами, а также вывешенной на стенде информацией медицинского учреждения.

В связи с оказанием медицинской услуги в предусмотренных нормативными актами случаях,  
«Пациенту» выдается листок нетрудоспособности.

6.3. В случае ненадлежащего, сточки зрения «Пациента», исполнении мед. услуги необходимо предъявить претензию «Исполнителю» в письменном виде, которая должна быть рассмотрена в течение 10-ти дней.

6.6. Договор составлен в 2-х экземплярах. Один экземпляр передастся «Пациенту», а второй остается у «Исполнителя» мед. услуги.

**7. Дополнительная информация для Пациента**

Согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-61-01-006840 от 06 декабря 2018. выданной министерством здравоохранения Ростовской области. Адрес: 344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-ой Конной Армии,33, тел. (863) 242-30-96, 223-77-91 (факс), учреждение предоставляет следующий перечень работ (услуг).

При оказании первичной, в том числе доврачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, генетике, клинической лабораторной диагностике, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, трансфузиологии, управлению сестринской деятельностью, хирургии, эндоскопии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым. послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Режим работы учреждения: понедельник – пятница с 800 – 1900; суббота с 830 – 1330

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**«Исполнитель»**

ГБУ РО «ОЦОЗС и Р»

Юр. адрес: 344007, г. Ростов-на-Дону,

ул. Московская, 79

тел. (8-863) 262-04-33

ИНН 6163046980

КПП 616301001

ОГРН 1026103160456

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО полностью)

М.П. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись)

**«Пациент»**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(ФИО полностью)

Адрес (по прописке) / по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка)