**Договор №\_\_\_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Психиатрическая больница № 19» (ГБУЗ МО «ПБ № 19»), свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серия 50 №001129471, наименование регистрирующего органа: ИФНС по г. Домодедово Московской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Пославской Инны Анатольевны, действующего на основании Устава с одной стороны, и

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

именуемый в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель имеет соответствующую лицензию на право осуществления медицинской деятельности, выданную: Министерством здравоохранения Московской области 19.09.2017г. № ЛО-50-01-009015.

1.2. Исполнитель берет на себя обязательство оказать следующую платную медицинскую услугу:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

а Заказчик обязуется оплатить работу Исполнителя за оказание медицинской услуги.

1.3. Данный вид платной медицинской услуги предоставляется на условиях, не предусмотренных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по желанию Заказчика (Потребителя).

1.4. При исполнении обязательств по настоящему договору Стороны руководствуются положениями глав 27-29, 39 Гражданского кодекса РФ (ст. 421, 426, 428, 432, 438, 779, 781 и др.), Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Законом РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

1.5. Срок оказания услуги в течение \_\_\_\_ рабочих дней, после оплаты Заказчиком (Потребителем) медицинской услуги.

1.6. Платная медицинская услуга предоставляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя).

1.7. После исполнения договора Заказчику (Потребителю) выдается медицинское заключение (медицинская справка), отражающая состояние его здоровья.

1. **Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Стоимость платной медицинской услуги рассчитывается на основании Прейскуранта платных медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ МО «ПБ №19». Общая стоимость медицинских услуг составляет:

Исполнитель освобождается от уплаты налога на добавленную стоимость в связи с упрощенной системой налогообложения, в соответствии с гл. 21 ст. 149 п. 2 п.п. 2 ст. НК РФ.

2.2. Заказчик (Потребитель) оплачивает 100 % стоимость медицинской услуги Исполнителю путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в течение трех банковских дней с момента подписания настоящего договора Сторонами.

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика (Потребителя) с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

1. **Права и обязанности Заказчика (Потребителя)**

**3.1. Заказчик (Потребитель)** **обязан:**

3.1.1. В установленный срок оплатить медицинскую услугу, в сроки и порядке, которые определены договором.

3.1.2. Сообщить сведения, необходимые для оказания данной платной медицинской услуги.

3.1.3. Соблюдать указания (рекомендации) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения.

**3.2. Заказчик (Потребитель)** **вправе:**

3.2.1. Требовать предоставление услуг надлежащего качества.

3.2.2. В любое время отказаться от исполнения настоящего договора об оказании платной медицинской услуги, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора и возместить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

 3.2.3. Требовать для ознакомления копию учредительного документа медицинской организации, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня услуг.

1. **Права и обязанности Исполнителя**

**4.1. Исполнитель обязан:**

4.1.1. Предоставить Заказчику (Потребителю) достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

4.1.2. Предоставить для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

4.1.3. В случае если при предоставлении платной медицинской услуги требуется предоставление на возмездной основе дополнительной медицинской услуги, не предусмотренной договором, исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя). Без согласия Заказчика (Потребителя), Исполнитель не вправе предоставлять дополнительную медицинскую услугу на возмездной основе.

4.1.4. Предоставить платную медицинскую услугу, качество которой должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об ее качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинской услуги, качество предоставляемой платной медицинской услуги должно соответствовать этим требованиям.

4.1.5. При оказании платной медицинской услуги соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

 **4.2. Исполнитель вправе:**

4.2.1. Получать оплату за оказанную услугу в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

4.2.2. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной договором.

1. **Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

1. **Порядок изменения и расторжение договора**

6.1. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу при условии их оформления в письменной форме и подписания обеими Сторонами, за исключением случаев, прямо предусмотренных настоящим договором.

1. **Конфиденциальность**

7.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению врачебной тайны и конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

7.2. Передача информации другим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны, и без согласия, в случаях, установленных законом РФ.

1. **Реквизиты сторон**

**Исполнитель: Заказчик (Потребитель):**

 Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места нахождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_