**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 1**

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская окружная больница № 2» (БУ «Нижневартовская окружная больница № 2»), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице главного врача Салманова Ильи Фармановича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

**Физическое лицо (или Юридическое лицо)** (далее - Заказчик), **в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**
	1. Сведения об Исполнителе.
		1. **Наименование организации: Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская окружная больница № 2» (БУ «Нижневартовская окружная больница № 2»).**
		2. Адрес местонахождения: г. Нижневартовск, ул. Ленина д. 29
		3. Адрес мест оказания медицинских услуг: г. Нижневартовск, ул. Ленина д. 29

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1028600967119 дата регистрации - 23 декабря 2002 года, данные о регистрирующем органе - МИФНС России № 6 по ХМАО-Югре.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 23 июня 2016 г. № ЛО-86-01-002522 выдана Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения ХМАО-Югры г. Ханты-Мансийск ул. Карла Маркса д. 30.

Телефон: тел.: 8 (3467) 38-84-73, факс: 8 (3467) 38-84-73

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя (в приемном отделении и в бухгалтерии – отдел платных услуг), а также на официальном сайте Исполнителя <http://nob2.ru/>.

1.2. **Сведения о потребителе**.

**1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя): перечень сотрудников с указанием фамилии,**

имени и отчества, а также адреса местожительства и телефонов приведен в

приложении к настоящему договору, которое является его неотъемлемой частью.

* 1. **Сведения о Заказчике**.

**1.3.1.Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес местожительства и телефон**

Заказчика (*заполняется, если Заказчик- физическое лицо*):

1.3.2.Наименование и адрес местонахождения Заказчика, телефон (*заполняется, если Заказчик-*

*Юридическое лицо)*

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель обязуется оказать потребителю платные медицинские услуги, а

Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего договора. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, объем работ и услуг, сроки их оказания приведены в Приложении № 1 к настоящему

договору, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2.При заключении Договора Заказчику (потребителю) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов

медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи,

применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

* информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* другие сведения, относящиеся к предмету договора.

**3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК их ОПЛАТЫ**

1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующих у Исполнителя тарифов в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых потребителю, приведена также в Приложении № 1 к настоящему договору , являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или в кассу Исполнителя в течение трех рабочих дней с момента выставления счета Исполнителем.

Заказчик (потребитель) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора

1. **УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
	1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.
	2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.
	3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
	4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.
	5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
	6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителяпотребителя).

* 1. Заказчик (потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых

персональных данных Заказчика (потребителя) в объеме и способами, указанными в

Законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЬШОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством России.

* 1. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством России.
	2. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.
	3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством России.
	4. В случаях, предусмотренных пунктами 5.3-5.4 договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи)).
	5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее

исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные

действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.
2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.
2. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.
3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.
4. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**
	1. Договор считается заключенным с даты его подписания и действует в течение \_\_\_ месяцев (дней), (*срок указывается согласно приложению № 1*)
	2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
5. **РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

ЗАКАЗЧИК: ИСПОЛНИТЕЛЬ:

***Для физических лиц:***

***Ф.И.О.***

***адрес***

***телефон***

***Для юридических лиц: наименование организации ИНН***

***ОГРН***

***место нахождения (адрес) телефон***

**Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры ’’Нижневартовская окружная больница № 2”**

Юридический, фактический и почтовый адрес:

628624, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Нижневартовск, улица Ленина, дом 29 Банковские реквизиты:

Депфин Югры (БУ "Нижневартовская окружная больница № 2"

л/счет 620.34.367.0 -средства ОМС)

РКЦ Ханты-Мансийск, г. Ханты-Мансийск БИК 047162000 счет 40601810200003000001 ИНН 8603012258 КПП 860301001 ОКОНХ 91511 ОКПО 32134802 ОГРН 1028600967119 Тел./факс (3466) 65-20-46, 46-63-33

E-mail: mugb 3@mail.ru

ЗАКАЗЧИК ИСПОЛНИТЕЛЬ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Ф.Салманов

Приложение № 1

к договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

ПАЦИЕНТ: Ф.И.О, дата рождения ДИАГНОЗ:

Исполнитель обязуется оказать пациенту в соответствии с диагнозом: (наименование лечения) на базе отделения медицинские услуги следующего характера:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуг | Цена | Кол-во услуг | Стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Итого |  |  |  |

Вышеперечисленные услуги будут оказаны в условиях стационара БУ «Нижневартовская окружная больница № 2». В период оказания услуг, пациенту будут оказаны - (УКАЗАТЬ ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ/МЕТОДЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ, ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ).

**СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ:**

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ: Ф.И.О, образование (высшее), квалификация (УКАЗАТЬ)

**ПОДПИСЬ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА**

ЗАКАЗЧИК ИСПОЛНИТЕЛЬ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Ф.Салманов