|  |  |
| --- | --- |
|  | **№**  |
| г.Ревда |  |

**ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»** (**сертификат соответствия** № 3 СМ-В607-00376 от 31.12.2011г. (орган по сертификации: ГБУЗ СО «Территориальный консультативно-методический центр лицензирования медицинской деятельности») и **лицензия на осуществление медицинской деятельности** № ЛО-66-01-005570 от 30.08.2018г., выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития), именуемая в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Овсянникова Евгения Викторовича, действующего на основании Устава и гражданин /гражданка/

|  |  |
| --- | --- |
|  | Дата рождения**:**  |
| Зарегистрирован**:**  |

(фамилия, имя, отчество или код)

 именуемый (ая) в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ»,  заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 (код услуги) (наименование услуги) (цена в рублях) (колич.)

**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется предоставить, а ПОТРЕБИТЕЛЬ принять и оплатить платную медицинскую услугу в соответствии с условиями настоящего договора.
2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется предоставить платную услугу, соответствующую требованиям, предъявляемым к методике диагностических исследований профилактики и лечению заболеваний.
3. Срок предоставления услуги
4. Расчеты ПОТРЕБИТЕЛЯ с ИСПОЛНИТЕЛЕМ осуществляются через кассу с использованием кассового аппарата, в соответствии с расценками прейскуранта цен, с выдачей чека ПОТРЕБИТЕЛЮ.
5. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПОТРЕБИТЕЛЮ информацию о результатах обследования, диагнозе и методах лечения только при условии предъявления кассового чека.
6. Окончание срока действия договора является выполнение видов медицинских услуг, перечисленных в договоре.
7. ПОТРЕБИТЕЛЬ с порядком, условиями и оплатой указанных медицинских услуг ознакомлен.
8. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПОТРЕБИТЕЛЕМ за качество оказанной услуги.
9. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине.
10. Все споры и разногласия по договору решаются в установленном действующим законодательством порядке.

РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ: ОГРН 1136684005920 зарегистрирован инспекцией ФНС России по г.Ревда Свердловской области 03.10.2013г., Министерство финансов Свердловской области (ГБУЗ СО «РГБ» л/с 230113004790) г.Ревда, ул.О.Кошевого, 4. Р/с. 40601810600003000001, РКЦ Единый г.Екатеринбург



Главному врачу ГБУЗ СО «РГБ»

Овсянникову Е.В.

От

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести медицинский осмотр

|  |
| --- |
|  |

за счет моих собственных средств.

С п.2 Информационного письма Министерства здравоохранения Свердловской области от 05.04.2005г. №01-28/277 ознакомлен и знаю, что средства, затраченные мной на проведение данного осмотра согласно ст.69; 212; 213 ТК РФ обязан возместить мне работодатель.



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

(подпись)

АКТ

выполненных работ

Настоящий акт свидетельствует о том, что , представителем ИСПОЛНИТЕЛЯ предоставлена ПОТРЕБИТЕЛЮ платная медицинская услуга согласно договора № .

На сумму рублей.

Услуга предоставлена качественно и в полном объеме.

РАБОТУ ПРИНЯЛ: Представитель ПОТРЕБИТЕЛЬ



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

 (подпись)