ОБРАЗЕЦ

*ДОГОВОР №\_\_\_*

***на оказание платных медицинских услуг***

*«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.*

*Казенное учреждение здравоохранения Воронежской области «Борисоглебский психоневрологический диспансер», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача МАЛЮГИНА В.С, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) или его законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон)*

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

***1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА***

*1.1.Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Заказчик» поручает,а «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» платную медицинскую услугу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***2.СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ***

*2.1.Стоимость услуги согласно прейскуранту составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_коп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*2.2.Оплата «Заказчиком» производится наличным платежом в кассу «Исполнителя» до предоставления медицинской услуги (предоплата).*

*2.3.При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия «Заказчика» с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему договору.*

***3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН***

*3.1. «Исполнитель» обязан:*

*-оказать «Заказчику» качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;*

*-заблаговременно предоставить «Заказчику» доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге;*

*-обеспечить все необходимые стационарные (амбулаторные) условия пребывания«Заказчика»;*

*-незамедлительно информировать «Заказчика» об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;*

*-выдать «Заказчику» квитанцию, подтверждающий прием наличных денег.*

*3.2. «Исполнитель» имеет право:*

*-в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором;*

*-отказаться от исполнения обязательств, при условии возврата «Заказчику» стоимости оплаченной услуги;*

*3.3. «Заказчик» обязан:*

*-своевременно оплатить стоимость услуги;*

*-сообщить исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги(реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);*

*-точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной «Заказчиком».*

*3.4. «Заказчик» имеет право:*

*-на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;*

*-отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат.*

***4.ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ***

*4.1. «Исполнитель» имеет лицензию на медицинскую деятельность № ФС – 36-01- 000169от 25 июня 2010г., выданная Управлением Росздравнадзора по Воронежской области, 394018 г. Воронеж, ул. 9 Января, 36. т.****(473) 276-53-99.****Номенклатура работ и услуг: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по:диетологии, лабораторной диагностике,медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинской статистике, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: клинической фармакологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, психиатрии, психиатрии – наркологии, экспертизе временной нетрудоспособности. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: клинической фармакологии, контролю качества медицинской помощи, неврологии, психиатрии, психиатрии – наркологии, терапии.*

*4.2. «Заказчик» уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в программу государственных гарантий и не финансируется из средств областного бюджета.*

*4.3. Продолжительность услуги: не более 5 дней.*

*4.4. «Заказчик» сообщает «Исполнителю» всю информацию о состоянии своего здоровья из других лечебных учреждений в целях повышения качества предоставляемой услуги.*

***5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН***

*5.1.В случае ненадлежащего оказания услуги«Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:*

*5.1.1.Безвозмездного устранения недостатков услуги;*

*5.1.2.Соответствующего уменьшения стоимости услуги;*

*5.1.3.Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.*

*5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла «Заказчика».*

*5.3. «Заказчик» возмещает «Исполнителю» фактические убытки, если последний не смог оказать услугу или был вынужден прекратить её оказание по вине «Заказчика».*

***6.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ***

*6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.*

*6.2.Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.*

*6.3.Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством.*

***7.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ***

*7.1.Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.*

*7.2. Договор составляется в 2-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу: по одному «Исполнителю» и «Заказчику».*

|  |
| --- |
| ***«Исполнитель»****казённое учреждение здравоохранения Воронежской области «Борисоглебский психоневрологический диспансер»**397160 г. Борисоглебск, Воронежская область ул. Пешкова/Народная д.60/61**ИНН 3604006346 КПП 360401001****Получатель:****ИНН 3666159529 КПП 366601001*  *УФК по ВО ( департамент здравоохранения Воронежской области л/сч. 04312024230) Сч.№40101810500000010004 Банк получателя: ГРКЦ ГУ банка России по Воронежской обл. г. Воронеж БИК042007001 КБК 821 1 13 01 992 02 0000 130 т. 6-22-05, т/ф. 6-34-24т. 6-22-05, т/ф. 6-34-24*  *Главный врач КУЗ ВО БПНД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МАЛЮГИН В.С.*  *ф.и.о.* |
| ***«Заказчик»*** |

***Информированное добровольное согласие***

***на медицинское вмешательство***

*Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(ФИО)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(года рождения), проживающий(ая) по адресу:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*поставлен (поставлена) в известность, о нижеследующем:*

*- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись);*

*- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами установленными в данном медицинском учреждении и обязуюсь их соблюдать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись);*

*- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных*

*гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись);*

*- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись);*

*- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно (согласно указанию врача) принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись);*

**Сведения о льготах, предусмотренных для отдельных категорий граждан**

*при профилактическом медицинском осмотре, медицинском освидетельствовании, консультативном приёме, диагностических исследованиях:*

*1 .Внеочередное и бесплатное обслуживание:*

*1.1. Инвалиды Великой Отечественной войны*

*1.2.Герои советского союза, герои Российской Федерации, полные кавалеры орденов славы*

*1.3. Герои Социалистического труда и полные кавалеры ордена славы*

*2.Бесплатное обслуживание:*

* *Военнослужащие, ставшие инвалидами вследствие ранения, контузии, заболева­ний, полученных в результате выполнения задач в условиях вооруженного конфликта в чеченской республики и на других территориях северного Кавказа, отнесенных к зоне вооруженного конфликта*
* *Участники ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС*
* *Граждане из подразделений особого риска*
* *Инвалиды*
* *Сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, а также лица из их числа в возрасте до 23 лет*
* *Участники ВОВ*

*2.7.Военнослужащие, находящиеся в составе ограниченного контингента советских войск на территории республики Афганистан*

* *Члены многодетных семей*
* *Лица, призываемые в вооруженные силы РФ на контрактной основе в район бое­вых действий*
  + *Работники правоохранительных органов*