

ДОГОВОР N _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Краснодар

" ____ " _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клинический противотуберкулезный диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, (Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ № 008497576 от 25.09.2012 г. выданное инспекцией Федеральной налоговой службы № 3 по г. Краснодару), имеющее лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-23-01-010902 от 23 января 2017г., выданную министерством здравоохранения Краснодарского края находящимся по адресу г.Краснодар ул.Коммунаров, д.276 (телефон 992-53-71), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Шевченко Натальи Петровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

№по прејск.	Наименование услуги	Ед.изм.	Кол-во

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, указаны в прејскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прејскуранту.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость оказываемых Заказчику услуг определяется в соответствии с Приказами региональной энергетической комиссии - Департамента цен и тарифов Краснодарского края от 05.08.2015г. № 18/2015-м, от 19 февраля 2014 г. N 7/2014-м составляет **870,00 руб. (Восемьсот семьдесят рублей 00 копеек)**.

№по прејск.	Наименование услуги	Ед.изм.	Стоимость

3.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. Предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

4.1.8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. "Исполнитель" имеет лицензию на медицинскую деятельность.

5.2. "Заказчик" уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в программу ОМС и не финансируется (финансируется) из средств ОМС.

5.3. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование, окончанием выдача врачебного заключения.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срок оказания услуги;

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ГБУЗ КПТД

350040, г.Краснодар, ул.Айвазовского, 95

ИНН/КПП 2309038980/230901001

БИК 040349001

л/с 828511820

Р/с 40601810900003000001

Южное ГУ Банка России г.Краснодар

Главный врач ГБУЗ КПТД

_____/Н.П.Шевченко/

М.П.

Заказчик:

телефон _____

паспорт: (серия, №) _____

(дата выдачи) _____

(место выдачи) _____

Адрес регистрации:

подпись _____

АКТ

сдачи-приемки медицинских услуг

Мы, нижеподписавшиеся, представитель **ГБУЗ КПТД**, в лице главного врача Шевченко Натальи Петровны, действующей на основании устава, именуемый «Исполнитель», - с одной стороны и _____, именуемый «Заказчик» с другой стороны, составили настоящий акт в том, что согласно договора № _____ от _____, Исполнитель выполнил работу в полном объеме на сумму **870 рублей 00 копеек**.

ИСПОЛНИТЕЛЬ Главный врач

ЗАКАЗЧИК

Н.П.Шевченко

подпись _____