*ОБРАЗЕЦ*

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Кушва «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ год

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Центральная городская больница город Кушва», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и

 Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
	1. Исполнитель, в соответствии с лицензией, в установленном Министерством здравоохранения Свердловской области, обязуется оказать платную медицинскую услугу – проведение медицинского осмотра (обследования), включая лабораторные и диагностические исследования, а Потребитель обязуется оплатить ее на условиях настоящего договора.
	2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим договором, приведен в Приложении №1 «Перечень специалистов и исследований, необходимых для проведения медицинского осмотра, а также вид, объем и тарифы на оказание платных медицинских услуг», являющегося неотъемлемой частью настоящего договора.
	3. Потребитель перед подписанием настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, их стоимостью и условиями предоставления, а также о действующих льготах для отдельных категорий граждан.
	4. Медицинская услуга предоставляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
	5. Место оказания услуг – г. Кушва, ул. Коммуны, 82а в установленное Исполнителем время.
	6. **Срок оказания услуг: в течении 3 (трех) месяцев с даты заключения договора, но не ранее внесения Потребителем предоплаты согласно п.2.2. договора.**

1. Стоимость услуг и порядок оплаты
	1. Стоимость оказываемых медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые населению по их личному желанию, утвержденным приказом ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва» №01-04/231 от 08.07.2014 года и составляет:

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

* 1. **Оплата медицинской услуги производится до ее оказания в порядке 100% предоплаты путем внесения денежных средств через ПАО «Уральский банк реконструкции и развития» посредством всех возможных способов (через кассу банка, через терминал банка, через Интернет-банк, через банкомат и т.д.). Срок оплаты не позднее 3 месяцев с даты заключения договора.**
	2. При необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам медицинского осмотра (обследования), дополнительные услуги оказываются с согласия Потребителя по соглашению сторон, и оплачиваются дополнительно (при необходимости).
1. Права и обязанности сторон
	1. Права Исполнителя:

3.1.1.Самостоятельно определить объем необходимых исследований и манипуляций при оказании медицинской услуги.

3.1.2. По согласованию с Потребителем вносить изменения в обследование и по необходимости провести дополнительное обследование.

* 1. Обязанности Исполнителя:

3.2.1.Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу в течение 3 (трех) месяцев с момента подписания настоящего договора.

3.2.2.Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

3.2.3.Предоставлять Потребителю по его выбору медицинского работника (врача) – если такая возможность существует согласно штатного расписания.

3.2.4.Созхранитть конфиденциальность полученных от Потребителя сведений.

* 1. Права Потребителя:

3.3.1.На предоставление информации о медицинской услуге.

3.3.2.Знакомиться с документами, подтверждающими правоспособность учреждения.

3.3.3.Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги, выбор врача.

3.3.4.Потребитель вправе отказаться от получения медицинских услуг в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

* 1. Обязанности Потребителя:

3.4.1.Информировать врача до оказания медицинской услуги о наличии ВИЧ-инфекции, перенесенном гепатите и других заболеваниях или противопоказаниях.

3.4.2.Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.4.3.Предварительно оплатить медицинские услуги, в соответствии с разделом 2 настоящего договора.

3.4.4.Перед оказанием платной медицинской услуги Потребитель внимательно знакомится с информацией, касающейся ее предоставления и представляет Исполнителю письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.5.Выпонять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя (медицинского работника) после оказания услуги.

3.4.6.Воспользоваться медицинской услугой (пройти медицинский осмотр) в срок не позднее 3 месяцев с момента подписания настоящего договора.

1. Информация об Исполнителе и предоставляемой медицинской услуге
	1. Исполнитель – ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва». **Свидетельство** о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серии 66 №007426113 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №27 по Свердловской области. **Лицензия** серии Н0006624 №ЛО-66-01-005470 от 10.074.2018 года выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, по адресу: г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. +7(343)3120003.
	2. Платные медицинские услуги оказываются дополнительно к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи.
	3. Потребитель подтверждает, что ознакомился с дополнительной информацией, касающейся особенностей медицинской услуги, предоставляемой по настоящему договору, стоимости и условий ее предоставления, помещенной на сайте и информационных стендах Исполнителя.
2. Ответственность сторон
	1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков указанной услуги;

- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

* 1. Потребитель обязан возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, если Исполнитель не смог оказать услуги (вынужден был прекратить их оказание) по вине Потребителя (пациента).
	2. В случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разд.2 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.
	3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров.
	4. За исполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	5. Потребитель, пользующийся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	6. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1. Качество услуги
	1. Исполнитель обеспечивает соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
2. Прочие условия
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
	2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.
	3. Потребитель вправе расторгнуть заключенный с Исполнителем договор на оказание платных медицинских услуг на любой стадии исполнения договора, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору, в течение 3 рабочих дней со дня расторжения договора.
	4. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
	5. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами.
	6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.
	7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

1. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: ГБУЗ СО «ЦГБ г. Кушва»

Юридический адрес: 624300, Свердловская область, г. Кушва, ул. Коммуны, 82а

Фактический адрес: 624300, Свердловская область, г. Кушва, ул. Центральная, 4а

ИНН/КПП6620015544/668101001 ОГРН 1096620000707

Министерство финансов Свердловской области

Уральское ГУ Банка России, г. Екатеринбург р/с 40601810165773000001 БИК 046577001

Тел. (34344) 6-32-71 e-mail: kshgb-public@mis66.ru

Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 Исполнитель: Потребитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/