

ДОГОВОР №
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения г.Сочи «Городская поликлиника №1», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Гордона Кирилла Владиславовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) или его законный представитель:

именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующую платную медицинскую услугу:

Код услуги	Наименование услуг	№ кабинета	Кол-во услуг	цена	всего
Итого					

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, действующим на момент заключения настоящего договора.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость оказываемых платных медицинских услуг Заказчику согласно прейскуранту.

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 выдает Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности). **Договор на оказание платных услуг заполняется собственноручно.**

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Заказчику платную медицинскую услугу в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге до подписания договора;

4.1.3. при оказании платной медицинской услуги использовать медицинские технологии, 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 услуги, 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 с использованием собственных расходных материалов, медицинской техники;

4.1.6. выдать Заказчику или его законному представителю заключение по результатам приема

4.1.7. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных нормативными актами случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.6. настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинской услуги;

4.2.2. требовать от Заказчика полной оплаты оказанной услуги.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

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

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 № ЛО 23-01-012031 от 12.02.2018г, выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края.

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

(Фамилия И.О.)

(Подпись)

5.3. Началом предоставления медицинской услуги считается

5.4. Продолжительность услуги: _____ день.

5.5. Медицинскую услугу оказывают специалисты:

5.6. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе - эти сведения сообщить.

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 срока оказания услуги;

6.1.2. исполнения услуги другим специалистом;

6.1.3. расторжения договора;

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.

8.3. С режимом работы Исполнителя Заказчик ознакомлен.

8.4. Место оказания услуг: г. Сочи ул. _____, кабинет согласно пп. 1.1 настоящего договора

8.5. С перечнем оказания услуг и прейскурантом Исполнителя Заказчик ознакомлен.

8.6. С Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, мероприятий федеральных и краевых целевых программ Заказчик ознакомлен.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<u>Исполнитель:</u>	<u>Заказчик:</u>
МБУЗ г. Сочи «Городская поликлиника № 1»	(ФИО)
Адрес: г. Сочи, ул. Конституции, 24	Паспорт №
ИНН: 2320051791;	сер.
КПП 232001001;	Кем выдан:
ОГРН 1022302939328	
Департамент по финансам, бюджету администрации г. Сочи	
(МБУЗ г. Сочи "Городская поликлиника №1", л/с 928.52.304.0)	
РКЦ Сочи г. Сочи	код
р/с 40701810600003000001 БИК 040396000	Дата выдачи: подр.
	Адрес фактического проживания:
	Конт. тел.:
Главный врач _____ /К.В.Гордон/	(подпись) (Ф.И.О.)