ДОГОВОР **НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Шарья «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Шарьинская окружная больница имени Каверина В.Ф.», в дальнейшем – Исполнитель, в лице главного врача Бревнова Алексея Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,***

фамилия, имя, отчество

в дальнейшем — Пациент, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.В соответствии с лицензией, выданной Департаментом здравоохранения Костромской области (ул. Свердлова, 129, Кострома, т. (4942)311469) на основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также добровольного желания Пациента, Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № попрейскуранту | Код услуги | Наименование услуги | Кол-во,шт. | Цена,руб. | Стоимость,руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 2. Права и обязанности Пациента

1. Потребители платных медицинских услуг пользуются правами и несут обязанности в соответствии с Законом РФ от 7 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» и постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2. Пациент обязан:

1) сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для выполнения договорных обязательств;

2) перед получением медицинской услуги произвести ее оплату и предъявить лечащему врачу кассовый чек для получения необходимой медицинской услуги;

3) соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения;

4) своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

3. Пациент имеет право в соответствии с действующим законодательством:

1) на получение полной информации о медицинской услуге;

2) при не качественном выполнении Исполнителем обязательств по данному договору (Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006): – потребовать уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги.

3. Права и обязанности Исполнителя

1. Исполнитель обязан:

1) предоставить медицинские услуги надлежащего качества и объема, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

2) обеспечить условия для организации надлежащего проведения медицинских услуг:

3) выдать Пациенту кассовый чек, подтверждающий оплату медицинских услуг:

4) сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента:

5) предупредить Пациента о наличии противопоказаний для предоставления медицинской услуги и риске нанесения вреда здоровью Пациента, предоставив при этом необходимые рекомендации.

2. Исполнитель имеет право:

1) на основании ст. 36 Закона «О защите прав потребителей» отказаться от исполнения договора, если Пациент, несмотря на своевременное и обоснованное предупреждение со стороны Исполнителя, не примет никаких мер для устранения обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги и привести к причинению вреда жизни и здоровью Пациента.

2) в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором, которые дополнительно не оплачиваются.

3) по соответствующим медицинским показаниям предложить Пациенту провести дополнительные диагностические анализы и исследования, необходимые для уточнения диагноза.

4. Оплата услуг

1. Стоимость оказываемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем по согласованию с департаментом здравоохранения Костромской области, и составляет

2. Оплата производится на условиях 100% предоплаты (по услугам зубопротезирования допускается предоплата до 40%) на лицевой счет Исполнителя, открытый в финансовом органе, в безналичном порядке, либо в кассу Исполнителя.

3. Стоимость услуги определяется на момент ее оказания.

5. Ответственность сторон

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную договором и действующим законодательством Российской Федерации.

2. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Подписывая настоящий договор, Пациент заявляет, что он ознакомлен с условиями оказания платных медицинских услуг у Исполнителя, в том числе о возможности и порядке получения медицинских услуг у Исполнителя в рамках Программы государственных гарантии оказания гражданам Российской Федерации па территории Костромской области бесплатной медицинской помощи.

6. Срок действия договора и другие условия

1.Условия получения Потребителем медицинских услуг (нужное подчеркнуть): амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно.

2.Срок предоставления медицинской услуги с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

3.Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4.Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения.

5. Для получения видов медицинских услуг, не оказываемых Исполнителем, Пациент самостоятельно заключает договора с медицинскими организациями, оказывающими соответствующий вид медицинской услуги.

6. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  | Пациент |
| Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Шарьинская окружная больница имени Каверина В.Ф.»157505, Костромская область,г. Шарья, ул. им. хирурга Крылова В.М., д.1🖁тел/факс(49449) 5-41-82Эл.адрес: sharyacrb@lpu.dzo-kostroma.ruЛицензия Л041-01140-44/00551297 от 26.12.2019г.ИНН 4407006268, ОГРН 1034460362397 присвоен на основании Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 44 № 000829936, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 6 по Костромской области. | ФИО \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_данные паспорта \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ (адрес места жительства)Контактный телефон |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бревнов А.Ю.**М.П.** | Подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

7. Подписи сторон

**АКТ ПРИЕМА**

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Учреждение здравоохранения: **ОГБУЗ Шарьинская ОБ,** в дальнейшем - Исполнитель, в лице главного врача

Бревнова Алексея Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

 (фамилия, имя, отчество)

в дальнейшем - Пациент, подписали настоящий акт о нижеследующем:

Во исполнение договора на предоставление платных медицинских услуг, заключенного сторонами «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель предоставил, а Пациент оплатил медицинские услуги. Претензий срокам и объему оказанных услуг Пациент не имеет.

ПАЦИЕНТ:

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

(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

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

(подпись, расшифровка подписи)

**М.П.**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_