Д О Г О В О Р №\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

г. Ейск «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ейский психоневрологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края, сокращенное наименование ГБУЗ «ЕПНД», ИНН 2306021354, КПП 2306010010, ОГРН 1022301125175 регистрирующий орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 2 по Краснодарскому краю, находящиеся по адресу: Россия, Краснодарский край, г.Ейск, ул. С.Романа, 191, имеющее лицензию № ЛО-23-01-008529 выдана «Министерством здравоохранения Краснодарского края» г. Краснодар от 14.04.2015г. (адрес: Россия, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276/1. тел.: (861) 992-53-68, (861) 992-53-69, (861) 992-53-70), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Ирины Валерьевны Пак, действующей на основании приказа министра здравоохранения Краснодарского края № 987-Л от 21.12.2017г., Устава с одной стороны, и гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ФИО, адрес, номер Телефона),***

действующий на основании документа, удостоверяющего личность, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

 **1. Предмет договора**

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(в договор вписываем услугу)***

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в приложении к договору №1 который является неотъемлемой частью настоящего договора, действующем на дату составления настоящего договора.

**2. Условия предоставления услуг**

2.1. Потребитель проинформирован Исполнителем о Территориальной Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в г. Ейск.

2.2. Потребитель ознакомился с прейскурантом, перечнем предоставляемых платных медицинских услуг ГБУЗ «ЕПНД» и правилами предоставления платных медицинских услуг ГБУЗ «ЕПНД».

 2.3. Потребитель выражает добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг сверх Территориальной Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.4. Услуга оказывается в ГБУЗ «ЕПНД», по адресу: Россия, Краснодарский край, г.Ейск, ул. С.Романа ул., д. 191.

 2.5.Врач, ответственный за исполнение условий договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***(в договор вписываем ФИО врача и квалификацию)***

**3. Цена и порядок расчетов**

3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате Потребителю за оказанные медицинские услуги, согласно Прейскуранту, составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***(в договор вписываем стоимость).***

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется наличным платежом в кассу Исполнителя или по безналичному расчету на счет Исполнителя в форме предоплаты.

3.3. Возврат денежных средств Потребителю, в случае отказа от получения медицинских услуг, осуществляется на основании Акта возврата денежных средств в течение 3 рабочих дней после момента поступления Акта в бухгалтерию учреждения с возмещением Исполнителю затрат, связанных с затратами за оказанные медицинские услуги.

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

**4. Обязанности сторон**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии Учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

4.1.2. Предоставить бесплатную, доступную и достоверную информацию о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, режиме работы, перечне медицинских услуг, осуществляемых на платной основе с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов.

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 выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов.

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

4.1.6. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдавать по письменному требованию Потребителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя.

4.1.7.Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя и предоставлять ее без согласия Потребителя в установленных законом случаях.

4.2. Потребитель обязан:

4.2.1. Оплатить предоставляемую медицинскую услугу в порядке, определяемом настоящим Договором.

4.2.2. Сообщить Исполнителю сведения медицинского характера о состоянии здоровья, необходимые для выбора того или иного метода медицинского вмешательства и предупреждения развития побочных реакций или осложнений при оказании медицинской помощи.

4.2.3. Обеспечить выполнение требований медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинских услуг, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдения распорядка учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима и противопожарной безопасности.

4.2.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем условий договора.

**5. Права сторон**

5.1. Исполнитель имеет право:

5.1.1.Тебовать от Потребителя предоставление всей информации необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

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

5.1.3. Требовать от Потребителя полной оплаты оказанных услуг.

5.2. Потребитель имеет право:

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

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

**6. Ответственность сторон**

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения.

**7. Информация о предоставляемой услуге**

7.1. Исполнитель имеет лицензию № ЛО-23-01-008529 на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии, психотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняется следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

7.2. Потребитель уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в программу ОМС и не финансируется из средств ОМС.

7.3.Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Потребителя и устанавливает отсутствие противопоказаний.

7.4.Началом предоставление медицинской услуги считается:

7.4.1.При амбулаторном обследовании – оформление первичной медицинской документации.

7.5. Продолжительность услуги составляет:

***(в договор вписываем услугу и время услуги)***

**8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Договор может быть изменен по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений являющихся неотъемлемой частью договора и расторгнут по соглашению сторон.

8.2. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора по условиям в соответствии со ст. 782 Гражданского Кодекса РФ.

8.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае не достижения согласия, спор разрешается в судебном порядке.

**9. Прочие условия**

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения обязательств, предусмотренных разделом 1 настоящего договора.

 9.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

**Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:ГБУЗ «ЕПНД»353, Краснодарский край, г.Ейск, ул.С.Романа,191.Телефон: 8 (861-32) 3-01-39,Факс: 8(861-32)3-00-01ИНН 2306021351 КПП 230601001Л/с 828521970 Минфин Краснодарского края, г. Краснодар, Р/с 40601810900003000001Южное ГУ Банка России по Краснодарскому краю, г. КраснодарБИК 040349001e-mail: eiskpnb@miackuban.ruОГРН 1022301125175Исполнитель:И.о. главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М.П. | Потребитель:Фамилия:Имя:Отчество:Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |