Договор №
на оказание платных медицинских и иных платных услуг
(для физических лиц)

г. Приморско-Ахтарск **__.__.____г.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Приморско-Ахтарская центральная районная больница имени Кравченко Н.Г." министерства здравоохранения Краснодарского края (ГБУЗ "Приморско-Ахтарская ЦРБ им.Кравченко Н.Г." МЗ КК), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-014825 от 06 октября 2020г. выданной министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Комуннаров, д. 276/1, тел. 8-861-992-52-76, 8-992-53-68), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Модина Сергея Валерьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин _____ именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложения №1, отвечающие требованием предъявляемым к методам диагностики, профилактики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнитель в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские и иные платные услуги согласно Приложения №1 к настоящему договору, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

1.3. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями медицинского учреждения. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информационного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником учреждения в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (в т.ч. информационного добровольного согласия на оперативное вмешательство, согласия на анестезиологическое пособие и согласия на переливание компонентов донорской крови).

1.4. Общая стоимость предоставляемых Заказчику услуг определяется в соответствии с действующими Тарифами ГБУЗ "Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г." МЗ КК на платные медицинские услуги, и составляет _____ руб. (_____ _____)

1.5. Срок оказания услуг с момента подписания настоящего Договора и по "31" декабря 2022 года.

1.6. Режим работы медицинской организации понедельник-пятница с 8:00 до 20:00.

1.7. В момент заключения настоящего Договора Заказчик информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения. Заказчик дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение №2) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

_____/_____
_____

(подпись) (расшифровка подписи)

1.9. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента

_____/_____
_____

(подпись) (расшифровка подписи)

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Предоставить Заказчику медицинские и иные платные услуги в установленные сроки и в соответствии с условиями настоящего договора.

2.1.3. Предоставить по требованию Заказчика копии действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получить от Заказчика плату за предоставляемые медицинские и иные платные услуги в размере, установленном в разделе 1 настоящего договора.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставляемые Медицинским учреждением медицинские услуги в соответствии с условиями настроящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю все сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, возможных аллергических реакциях, индивидуальных особенностях организма.

2.3.2. При доставлении услуг в условиях стационара Заказчик обязан: точно выполнять назначения лечащего врача, незамедлительно сообщать о любых изменениях самочувствия при прохождении курса лечения; отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголь содержащих напитков; согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и.т.д.; выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, безопасности и пожарной безопасности.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Медицинского учреждения, требования и предписания медицинского персонала учреждения как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Требовать предоставления сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости предоставляемых услуг.

2.4.2. Получать у Исполнителя для ознакомления копии документов, касающихся лицензии, данных промежуточных обследований, результатов анализов, протоколов консилиумов и т.п.Требовать предоставления Исполнителем медицинских и иные платные услуги в срок, установленный в разделе I настоящего договора.

3. Порядок расчетов

3.1. Медицинские и иные платные услуги предоставляются Заказчику на условиях 100% предварительной оплаты. При получении денежных средств Исполнитель выписывает Заказчику квитанцию установленного образца.

3.2. В случае невозможности исполнения обязательств по договору по вине Заказчика услуги подлежат оплате Заказчиком в полном объеме.

3.3. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от исполнителя и Заказчика, объем оказываемых Заказчику медицинских и иных платных услуг,

предусмотренных настоящим договором, сократиться, либо оказание медицинских и иных платных услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Заказчика удерживается сумма за оказанные медицинские иные платные услуги, а также за фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские и иные платные услуги, возвращается Заказчику наличными денежными средствами или на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

3.4. В случае отказа Заказчика от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя главного врача ГБУЗ "Приморско-Ахтарская ЦРБ им. Кравченко Н.Г." МЗ КК в любое время до момента начала оказания услуг (услуги) с Пациента удерживается сумма за оказаные медицинские и иные платные услуги, а также фактически понесенные учреждением расходы. Остаток суммы, внесенной за медицинские и иные платные услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего договора, возвращается Заказчику наличными денежными средствами или на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотренно настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье или невыполнения им обязательств, предусмотренных пунктом 2.3.2. настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемия, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и п.п.) препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Изменение и прекращение договора

5.1. Настоящий договор считается заключенным со дня подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.

5.3. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6. Прочие условия

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации полученной при исполнении настоящего договора

6.2. Заказчик подтверждает свое согласие на обработку материалов и документов,

содержащих его персональные данные.

6.3. Все споры, возникающие в ходе реализации данного договора, решаются в установленном законом порядке.

6.4. Все вопросы, не урегулированные в настоящем договоре, разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Одни экземпляр для Заказчика, другой для Исполнителя.

7. Адреса, реквизиты, подписи сторон

Заказчик	**Исполнитель**
ФИО: Адрес: Документ: выдан	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Приморско-Ахтарская центральная районная больница имени Кравченко Н.Г." министерства здравоохранения Краснодарского края тел.8(861)432-15-63, факс 8(861)433-05-30 353864, Краснодарский край, Приморско-Ахтарский район, г. Приморско-Ахтарск, ул. Комиссара Шевченко, 99 ИНН 2347002840 КПП 234701001 ОГРН 1052326313665 Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 23 №008974247 от 13.06. 2013 г. за ГРН 2132369011388 выданной ИФНС №10 по Краснодарскому краю
Заказчик _____(_____)	Главный врач _____(С.В. Модин)

Приложение № 1
к договору № ____
от __.__.____г.

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ, И СРОКИ ИХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

1. Срок предоставления платных медицинских и иных услуг, до исполнения сторонами своих обязательств:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во ед.	Цена	Сумма
		ИТОГО		

Стоимость медицинских услуг составляет ___ руб.
(_____)руб_____ копеек

Заказчик **Исполнитель**

_____(_____) _____(С.В. Модин)