**ДОГОВОР**

 **на оказание платных медицинских услуг №**

г. Городище «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городищенская районная больница» (Лицензия №ЛО-58-01-

002451 от 09.11.2020г., выдана Министерством здравоохранения Пензенской области, бессрочно) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Умнова Льва Николаевича**,** действующего на основании Устава, с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с другой стороны, руководствуясь Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора, стоимость услуги и порядок расчетов**

1.1. «Заказчик (Потребитель)» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязательства оказать «Потребителю»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ платные медицинские услуги, в дальнейшем ПМУ, по действующему на момент оплаты прейскуранту «Исполнителя».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **код услуги** |  **наименование услуг** | **цена,** **руб.** | **количество** | **сумма,****руб.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  **ИТОГО:** |  |  |  |

**Всего на сумму:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Основанием для оказания ПМУ является желание «Заказчика (Потребителя)» при отсутствии медицинских противопоказаний, а в необходимых случаях – направление врача.

1.3. Оплата ПМУ по настоящему Договору производится «Заказчиком (Потребителем)» в полном объеме после подписания данного Договора и до момента получения услуг, путем внесения наличных денежных средств, в кассу или путем перечисления на расчетный счет «Исполнителя», по ценам действующего прейскуранта.

 **2. Условия и сроки предоставления ПМУ**

2.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику (Потребителю)» ПМУ в срок до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. «Исполнитель» оказывает ПМУ по адресу: Пензенская область, г. Городище, ул. А. Матросова, д.159.

2.3. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией «Исполнителя» и доводятся до сведения «Заказчика (Потребителя)».

 **3. Обязанности и права сторон**

**3.1. «Исполнитель» обязан:**

3.1.1. Оказать «Заказчику (Потребителю)» квалифицированную, качественную медицинскую помощь.

3.1.2. Предоставить «Заказчику (Потребителю)» в доступной форме полную и достоверную информацию о видах, объеме, стоимости, порядке и месте оказания ПМУ, квалификации исполнителей, наличии лицензии и иных регламентов.

3.1.3. Оформить и выдать «Заказчику (Потребителю)» в соответствии с законодательством РФ финансовые и медицинские документы, связанные с оказанием ПМУ.

3.1.4. Оказать услугу в срок и в полном объеме, установленные настоящим Договором.

3.1.5. Оказать услугу конфиденциально.

3.1.6. Предупредить «Заказчика (Потребителя)» о возможности предоставления на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренные Договором, в необходимых случаях. Без согласия «Заказчика (Потребителя)» «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные ПМУ на возмездной основе.

3.1.7. Согласовать с «Заказчиком (Потребителем)» назначение дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям без взимания платы в соответствии с Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.1.8. Довести и разъяснить «Заказчику (Потребителю)» информацию, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя». Довести и разъяснить информацию о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

 **РАСПИСКА «ЗАКАЗЧИКА (ПОТРЕБИТЕЛЯ)»**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия имя отчество «Заказчика (Потребителя)»

 получил(а) разъяснения по поводу, оказываемой мне, платной медицинской услуги, о последствиях, которые могут наступить в результате ее оказания, предупрежден(а), с информацией, размещенной на стенде медицинского учреждения, ознакомлен(а).

**Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись «Заказчика (Потребителя)»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.2. «Заказчик (Потребитель)» обязан:**

3.2.1. До оказания ПМУ информировать врача о состоянии здоровья, о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг, либо вызвать осложнения.

3.2.2. Своевременно оплатить стоимость ПМУ.

3.2.3. Предъявить сотрудникам «Исполнителя» документ, удостоверяющий личность и финансовый документ, подтверждающий факт полной оплаты стоимости услуги.

3.2.4. Соблюдать назначения (рекомендации) врача, необходимые для качественного выполнения ПМУ.

3.2.5. Удостоверять подписью (в тексте данного Договора, в медицинской документации) факт доведения ему информации о возможности предоставления бесплатной помощи и согласии его получить помощь на возмездной основе; о доведении ему информации о возможных последствиях (осложнениях, побочных эффектах) оказания медицинской помощи (информированное согласие); о даче согласия «Исполнителю» использовать и обрабатывать его персональные данные (в соответствии с законодательством РФ); о доведении до него Правил внутреннего (больничного) распорядка и режима.

3.2.6. При наличии претензий к выполненным услугам оперативно проинформировать о данном факте заведующего отделением платных медицинских услуг

**3.3. «Заказчик (Потребитель)» имеет право:**

3.3.1. Получать от «Исполнителя» исчерпывающую информацию о перечне и стоимости платных услуг, условиях, порядке, форме их предоставления; режиме работы «Исполнителя», графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении ПМУ, сведения о них, а также уставные и правовые документы об «Исполнителе».

3.3.2. Расторгнуть Договор и отказаться от получения ПМУ, и получить оплаченную сумму за вычетом затрат «Исполнителя», связанных с подготовкой к оказанию услуги и (или) частичным выполнением ПМУ, если их прекращение не повлечет вреда здоровью.

3.3.3. При несоблюдении «Исполнителем» обязательств «Заказчик (Потребитель)» имеет право в соответствии со статьей 29 Закона РФ «О защите прав потребителей»: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть Договор и потребовать возмещения понесенных им убытков, в соответствии с действующим законодательством РФ.

**3.4. «Исполнитель» имеет право:**

3.4.1. Самостоятельно назначить время и очередность проведения ПМУ; исполнителей услуг; объем и технологию их выполнения.

3.4.2. При возникновении экстренных состояний у «Заказчика (Потребителя)» самостоятельно определять объем и технологию оказания ему неотложной помощи.

3.4.3. Расторгнуть данный Договор при не выполнении «Заказчиком (Потребителем)» пункта 3.2.

 **4. Ответственность сторон**

4.1. «Исполнитель» несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Заказчику (Потребителю)» неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Заказчика (Потребителя)» в соответствии с законодательством РФ.

4.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение своих обязательств, если это явилось следствием: невыполнения «Заказчиком (Потребителем)» пункта 3.2. настоящего Договора, а также действием форс-мажорных обстоятельств (стихийных бедствий, войны и т.п.), не зависящим от воли «Исполнителя».

 4.3 «Заказчик (Потребитель)» обязан полностью возместить «Исполнителю» понесенные убытки, если «Исполнитель» не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Заказчика (Потребителя).

 **5. Прочие условия**

5.1. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения «Заказчика (Потребителя)» за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя» или его представителя допускается в случаях предусмотренных статьей 13 ФЗ от 21.11.2011 №ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

5.3. В случае отказа «Заказчика (Потребителя)» после заключения Договора от получения ПМУ, Договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Заказчика (Потребителя)» о расторжении Договора по инициативе «Заказчика (Потребителя)», при этом «Заказчик (Потребитель)» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. Претензии и споры, возникшие между «Заказчиком (Потребителем)» и «Исполнителем», разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

5.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

 **6. Срок действия Договора**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к Договору оформляются в письменном виде, подписываются обеими Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.3. Договор, может быть, расторгнут по соглашению Сторон, либо по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.4. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

 **8. Юридические адреса, реквизиты и подписи сторон**

**«Заказчик (Потребитель)»:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия имя отчество «Заказчика (Потребителя)», адрес, подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«Исполнитель»:**

**ГБУЗ «Городищенская РБ»:** Юридический адрес: 442310, Пензенская область, г. Городище, ул. А. Матросова, 159; Фактический адрес:442310, Пензенская область, г. Городище, ул. А. Матросова, 159; ИНН 5812005837 / КПП 581201001 р/с 03224643560000005500 Отделение Пенза Банка России // УФК по Пензенской области г.Пенза БИК 015655003 к/с 40102810045370000047; ОГРН 1035801001114 от 21.07.2003г. выдан Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Городищенскому району Пензенской области. Получатель: Министерство финансов Пензенской области (ГБУЗ «Городищенская РБ») л/с 855 10 218 3 ОК 85504020088900000131 Код субсидии 040288900002; тел./факс: (84158)3-19-90, 3-22-48.

**Главный врач**

**ГБУЗ «Городищенская РБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Умнов Л.Н.)**

 **М.П. (подпись)**

 **АКТ**

 **выполненных работ к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Городище «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

**ГБУЗ «Городищенская РБ»,** именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,в лице Главного врача Умнова Льва Николаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

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

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с другой стороны, подписали настоящий АКТ о том, что платные медицинские услуги выполнены полностью и в срок. «Заказчик (Потребитель)» претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

 **Подписи сторон**

**Главный врач**

**ГБУЗ «Городищенская РБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Умнов Л.Н.)**

 **М.П. (подпись)**

**«Заказчик (Потребитель)» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(подпись) (расшифровка подписи)**