|  |
| --- |
| **ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_\_** |
| **г. Вельск** |  |
|

|  |
| --- |
| ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ "ВЕЛЬСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА", именуемое в дальнейшем "ИСПОЛНИТЕЛЬ", в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданной ГБУЗ Архангельской области "Вельская ЦРБ", с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_ , зарегистрирован по адресу (тел.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрирован по адресу (тел.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "ЗАКАЗЧИК", с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.  |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** |
| Договор заключен на основании постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, Устава ГБУЗ Архангельской области "Вельская ЦРБ" и лицензии № ЛО-29-01-002190 от 15.12.2016, выданной Министерством здравоохранения Архангельской области, находящимся по адресу 163000 Архангельск г., Троицкий пр., д. 49. |
| Платная медицинская услуга оказывается в случае:  |
| - отсутствия соответствующих услуг в Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Архангельской области;  |
| - личной инициативы граждан, обратившихся за получением медицинской услуги (без медицинскихпоказаний), или по направлениям медицинских организаций, не входящих в государственную системуздравоохранения, а также лиц, занимающихся частной медицинской практикой; |
| - предоставления услуг учреждениями здравоохранения, не работающими в системеобязательного медицинского страхования (за исключением случаев оказания экстренной и неотложноймедицинской помощи) гражданам иностранных государств, кроме граждан Республики Беларусь (см. письмо Минздравсоцразвития № 10-4/54705-14-ВС), не имеющих соответствующих договоров; |
| - желания пациента, законного представителя получить услугу за плату в платныхподразделениях (отделениях, кабинетах), а так же находиться в одно- и двухместной палате; |
| 1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику платную медицинскую услугу в количестве и объёме указанном в реестре счета к договору. |
| 2. Срок оказания услуг 14 календарных дней с момента оплаты Исключение: очередность предоставления услуги или специфика её исполнения предусматривает больший срок. |
| **2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**  |
| 1. Стоимость оказываемой медицинской услуги определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным Исполнителем, и составляет. Оплата медицинской услуги производится Заказчиком в порядке предварительной оплаты в кассу ГБУЗ Архангельской области «Вельская центральная районная больница» |
| **3.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**  |
| 1. Исполнитель обязан:  |
| - оказать медицинскую услугу качественно в соответствии со стандартами качества медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке, а также нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения;  |
| - обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения: о месте нахождения Исполнителя; квалификации и сертификации специалистов; режиме работы; перечне платных услуг, их содержании, стоимости; порядке оказания, а также сведения о возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства;  |
| - обеспечить соблюдение прав Заказчика, предусмотренных законодательством Российской Федерации.  |
| 2. Исполнитель имеет право:  |
| - в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.  |
| 3. Заказчик обязан:  |
| - оплатить стоимость, оказываемой медицинской услуги согласно прейскуранту;  |
| - выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное оказание платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;  |
| 4. Заказчик имеет право:  |
| - требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, о расчете стоимости оказанной услуги, других сведений, связанных с оказанием медицинской услуги;  |
| - отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.  |
| **4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** |
| 1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. |
| **5.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** |
| 1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами договора своих обязательств. |
| 2. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются в претензионном и судебном порядке. |
| 3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон. |
| 4. Иные условия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**ГБУЗ АО "ВЕЛЬСКАЯ ЦРБ"165150, Архангельская обл., г. Вельск, ул. Конева, д. 28-а УФК по Архангельской области и Ненецкому автономному округу (ГБУЗ Архангельской области «Вельская центральная районная больница", л/с 20246У95640)банк Отделение Архангельск г. Архангельскр/с 40601810600001000001ИНН 2907002420 КПП 290701001Тел. (81836)6-40-98 | **ЗАКАЗЧИК:**Согласен(на) со всеми пунктами договора, с программой Госгарантий, возможностью получения бесплатной медицинской помощи и условиями оказания специализированного приема ознакомлен, согласен (на) на факсимильное воспроизведение подписи со стороны Исполнителя  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) *Плательщик* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /  |