**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Улан-Удэ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» имени Галины Доржиевны Дугаровой (670004, г. Улан-Удэ, ул. Батожабая, 10, зарегистрирована 11.10.2002 № 2975-д Межрайонной ИФНС России № 2 по Республике Бурятия ОГРН 1020300970447) в лице Цыденовой Веры Лубсановны, действующей на основании Доверенности б/н от 09.01.2023 и лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-03-01-002861 от 22.03.2019,, переоформленной Министерством здравоохранения Республики Бурятия, приказ № 117-ОДЛ от 22.03.2019, бессрочно, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *на основании Доверенности, как законный представитель, от своего имени (выбрать нужное)* в дальнейшем именуемый «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1 «Исполнитель» обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – услуги) на условиях, определенных настоящим договором, а «Пациент» обязуется принять и оплатить эти услуги.

**2. Срок оказания услуги:**

2.1. Услуга оказывается в период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. При исполнении настоящего договора «Пациент» обязуется:**

3.1.1. предоставить «Исполнителю» до начала оказания услуги достоверную информацию о состоянии своего здоровья, известных ему противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, диагнозах, наличии аллергических реакций;

3.1.2. своевременно произвести оплату услуги согласно Прейскуранта цен на платные услуги в следующем порядке: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

3.1.3. предоставить врачу-специалисту всю документацию и информацию, необходимую для надлежащего исполнения последним его обязательств по договору;

3.1.4. в точности исполнять предписания лечащего врача;

3.1.5. соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя.

**3.2. «Пациент» имеет право:**

3.2.1. Получить полную информацию о порядке оказания услуги;

3.2.2. знакомиться с документами, подтверждающими правоспособность учреждения на оказание услуги. Информация доступна на стенде, размещенном на втором этаже Исполнителя.

3.2.3. на возмещение вреда, причиненного в случае ненадлежащего качества оказанной услуги;

3.2.4. отказаться от оказания услуги, с возмещением оплаченной суммы за вычетом затрат, реально понесенных Исполнителем на оказание услуги.

3.2.5. пользоваться иными правами по 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

**3.3. При исполнении настоящего договора «Исполнитель» принимает на себя следующие обязательства:**

3.3.1. оказать услугу надлежащим качеством;

3.3.2. предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о предоставляемой услуге. Предоставление информации производится лечащим врачом, имеющим сертификат специалиста. Лечащий врач информирует о возможных побочных эффектах медицинского вмешательства, о последствиях отказа от лечения.

**3.4. «Исполнитель» имеет право:**

3.4.1. Отказаться от исполнения договора в случае нарушения «Пациентом» п.п. 3.1.4., 3.1.5. с возмещением Пациенту оплаченной суммы за вычетом реально понесенных расходов на оказание услуги.

3.4.2. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской услуги, в том числе и не предусмотренной договором.

**4. Стоимость договора и порядок расчетов**

4.1. Стоимость услуги определяется Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. НДС не облагается.

4.2. Оплата услуги производится наличными денежными средствами в кассу учреждения, либо в безналичной форме путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя.

В подтверждение оплаты наличными средствами Пациенту выдается квитанция, являющаяся бланком строгой отчетности.

В случае возникновения ситуаций, требующих оказания неотложной помощи, дополнительная плата не взимается.

4.3. В случае, если Заказчиком по договору является гражданин иностранного государства, медицинская помощь в плановой форме оказывается при условии представления иностранным гражданином письменных гарантий исполнения обязательства по оплате фактической стоимости медицинских услуг или предоплаты медицинских услуг исходя из предполагаемого объема предоставления этих услуг, в соответствии с пунктом 7 Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. N 186.

4.4. Медицинская помощь оказывается в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае ненадлежащего оказания услуги Пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

5.2. Исполнитель несет ответственность за вред здоровью Пациента в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи, подтвержденной экспертным заключением.

5.3. В случае просрочки внесения платежа, Заказчик оплачивает Исполнителю неустойку в размере одной трехсотой ключевой ставки Центробанка Российской Федерации за каждый день просрочки, начиная со дня, следующего за тем, в котором обязательство должно было быть исполнено.Неустойка начисляется по день фактической оплаты. Размер неустойки не может превышать стоимость договора.

Если договором предусмотрена поэтапная оплата, неустойка начисляется на сумму задолженности по этапу платежа.

5.4. В случае нарушения сроков исполнения договора Исполнителем, Заказчик вправе потребовать уплаты неустойки в размере, предусмотренном Законом о защите прав потребителей.

5.5. Стороны освобождаются от уплаты штрафных санкций, если нарушение условий исполнения договора произошло по независящим от действий сторон обстоятельствам.

**6. Прочие условия**

6.1. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Пациент» возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

6.2. «Пациент» вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов.

6.3. «Исполнитель» вправе отказаться от исполнения обязательств по договору лишь при условии полного возмещения «Пациенту» убытков.

6.4. Споры, вытекающие из содержания настоящего договора, решаются сторонами путем переговоров. При не достижении согласия стороны обращаются в суд.

6.5. После завершения лечения иностранного гражданина в его адрес или адрес юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, по согласованию с указанным гражданином направляется выписка из медицинской документации с указанием срока оказания медицинской помощи в медицинской организации, а также проведенных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации.

6.6. Медицинская документация, направляемая из Российской Федерации в другое государство, заполняется на русском языке.

**7. Юридические адреса и реквизиты**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент** | **Исполнитель** |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес фактический: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Представитель потребителя  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * + - 1. ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» имени Галины Доржиевны Дугаровой   670004, г. Улан-Удэ, ул. Батожабая, 10 ИНН 0323071753 КПП 032601001 ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА БУРЯТИЯ БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Бурятия г. Улан-Удэ  Казначейский счет (КС) № 03224643810000000200  Единый казначейский счет (ЕКС): 40102810545370000068   * + - 1. Л/с 20026Ч19010       2. ОКАТО 81401000000       3. КБК 000 000 000 000 000 00130       4. БИК 018142016 ОГРН 102030 097 0447       5. тел. 267100, ОПиР 267016       6. Представитель по доверенности       8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.Л. Цыденова   мп |

Приложение №1

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г

**Перечень оказываемых Пациенту платных медицинских услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № по прейскуранту | Наименование медицинской услуги | Стоимость, (руб) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент** | **Исполнитель** |
| **Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Серия, номер, кем выдан)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Адрес регистрации)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | ГБУЗ РКПТД  **Главный врач**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ В.В. Кожевников**  **МП** |