

**О Б Р А З Е Ц**

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_**

г. Челябинск

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 4 г. Челябинск»** (далее «**Исполнитель**»), в лице главного врача Визе Павла Викторовича, действующего на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (далее «**Заказчик**»), заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу «**Потребителя**»: *Ф.И.О.* \_\_\_\_\_ *полностью:* \_\_\_\_\_ *дата рожд.:* \_\_\_\_\_ *адрес:* \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю по желанию и согласию Заказчика платные медицинские услуги: \_\_\_\_\_

в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-74-01-005553 от 19.06.2020 г., выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск, 454091 г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. +7 (351) 240-22-22), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Срок предоставления медицинских услуг: *(дата либо период(начало и окончание))* \_\_\_\_\_

1.3. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту цен: \_\_\_\_\_ рублей.

При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика (Потребителя) с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика (Потребителя) Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

1.4. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

1.5. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан

1.6. Подписав настоящий Договор, Заказчик (Потребитель) подтверждает, что он **добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.**

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, с надлежащим качеством, после внесения Заказчиком (Потребителем) денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления им документов, подтверждающих оплату.

2.1.2. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.3. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.4. Немедленно извещать Заказчика (Потребителя) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.6. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

## **2.2. Заказчик (Потребитель) обязуется:**

2.2.1. Оплатить медицинские услуги, указанные в п.1.1. договора, до начала их оказания, наличными денежными средствами в кассе Исполнителя.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

2.2.5. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.6. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

## **3. Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

3.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком (Потребителем) условий настоящего Договора.

3.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

## **4. Заключительные положения**

4.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны, и вступает в силу с момента подписания его сторонами.

4.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны обязуются решать путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

4.3. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (Потребителя) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Потребителя), при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель:

- Ознакомил заказчика с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Пост. Правит. РФ от 04.10.2012 г. №1006), а также с Прейскурантом цен, действующим у Исполнителя;
- Уведомил Заказчика о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Уведомил Заказчика 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

\_\_\_\_\_ (Подпись Заказчика)

#### 5. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

<b>Исполнитель:</b> ГАУЗ «ДГП №4 г. Челябинск»; 454016, г.Челябинск, ул.Чайковского 183А; ИНН 7447027527; ОГРН 1037402318117, Свидетельство серия 74 № 005775889 выд. МФНС по Калининскому р-ну г.Челябинска, Р/с 40102810645370000062; Банк ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК БАНКА РОССИИ//УФК по Челябинской области г. Челябинск; Тел. (факс) – 8 (351) 218-15-50	<b>Заказчик:</b> Ф.И.О. _____ _____ Дата рождения: _____ Адрес места жительства: _____ _____ Тел.: _____ _____ / _____
Главный врач _____ Визе П.В.	