**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Нижний Тагил «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница №7», в дальнейшем именуемое “Учреждение”, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем “Заказчик”, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем: **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Согласно настоящему договору Учреждение обязуется по заданию Заказчика оказать Потребителю (Заказчику или указанному им лицу) медицинские услуги, вид, объем и стоимость которых оговаривается сторонами в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего договора, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Потребителем услуг по настоящему договору является:

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ВОЗРАСТ\_\_\_\_\_ПОЛ\_\_\_\_ ДОМАШНИЙ АДРЕС:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТЕЛ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Учреждение обязуется оказать услуги лично, на базе своего подразделения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с данным договором, оговоренном в Приложении 1, согласно прейскуранту составляет:

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

(*сумма прописью в рублях РФ)*

2.2. Расчеты с Учреждением осуществляются наличным расчетом, путем внесения денежных средств, в кассу Учреждения или в безналичном порядке, с учетом требований Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

2.3. Оплата медицинской помощи производится: денежные средства до начала лечения Заказчик вносит в кассу Учреждения или в безналичном порядке на счет Учреждения (аванс) в соответствии с объемом, оговоренном в Приложении 1, по окончании лечения производится перерасчет по факту оказанных услуг. Если сумма лечения превышает сумму аванса, Заказчик вносит недостающую сумму в кассу или на счет Учреждения. Если сумма аванса превысила сумму лечения, Заказчику возвращается излишне заплаченная сумма. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

**3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1.Платные медицинские услуги по настоящему договору предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, в исключительных случаях по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.По требованию потребителя (законного представителя потребителя) ему предоставляется в доступной для него форме интересующая его информация: о платных медицинских услугах, о связанном с ними риске, о возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, о результатах оказанных услуг и другая информация непосредственно связанная с оказываемыми платными услугами по настоящему договору.

3.3. Учреждение обязано при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.4.После исполнения договора потребителю (законному представителю потребителя) выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, справки или выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.5. При необходимости и целесообразности оказания Потребителю дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных Приложением 1, Учреждение вправе произвести данные мероприятия только с согласия Заказчика, путем оформления соглашениях настоящему договору или заключения нового договора (по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".).

3.6. Заказчик проинформирован 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. Заказчик знаком с тем, что практика медицины не является точной наукой и Учреждением не могут быть даны абсолютные гарантии достижения желаемого результата при оказании медицинских услуг.

3.7. Заказчик проинформирован об условиях получения медицинской помощи бесплатно в объеме, установленном «Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» и ознакомлен с «Положением о порядке оказания платных медицинских услуг» в Учреждении.

3.8. Заказчик (и Потребитель) обязан своевременно и полно проинформировать специалиста об обстоятельствах обращения Потребителя к психиатру, наркологу, неврологу, перенесенных заболеваниях в прошлом.

3.9. Заказчик предупрежден, что в случае нарушения Потребителем режима, либо невыполнения последним правил, регламентирующих лечебный процесс в подразделении, оказывающем услуги, процесс оказания лечебно-профилактической помощи (платных медицинских услуг) может быть прерван с формулировкой «по вине Потребителя».

3.7. В случае невозможности исполнения условий договора, возникшей по вине Заказчика, или Потребителя, либо в случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Учреждение информирует Заказчика (Потребителя) о расторжении договора, при этом Заказчик оплачивает Учреждению фактически понесенные Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору, путем вычета данной суммы из аванса, Заказчику возвращается излишне заплаченная сумма от аванса.

3.8. Учреждение обязуется: соблюдать законодательство Российской Федерации и Свердловской области (в том числе Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей» и Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006.) регулирующих порядок и условия оказания платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.9. Договор вступает в силу с момента подписания договора сторонами и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

3.10. Срок оказания услуги: с момента внесения денежных средств (аванс) в кассу или на счет Учреждения по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1.За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (пожар, наводнение, землетрясение, война, забастовки и др.).

**5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1. Договор составлен в 2-х или 3-х (если Заказчик и Потребитель – разные лица) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.2. К настоящему договору применяются общие положения о подряде (статьи 702—729 ГК РФ) и положение о бытовом порядке (статьи 730-739 ГК РФ), если это не противоречит статьям 779-782 ГКРФ регулирующим вопросы возмездного оказания услуг.

5.3. Исполнитель в рамках настоящего договора действует на основании Устава и Лицензии № ЛО-66-01-004500 от 31.01.2017г., выданной Министерством здравоохранения Свердловской области, расположенным по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, телефон (343) 312‑00-03. (Копия приложения к лицензии с видами деятельности, оказываемыми услугами, является приложением к настоящему договору).

**6. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

«Учреждение»: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница № 7» (ГБУЗ СО «ПБ № 7»). Тел.: 8(3435) 36-35-51, факс 8(3435) 36-35-50

Юр. и факт., адрес: 622031, Свердловская обл., г. Нижний Тагил, улица Монтажников, 80

ОГРН 1026601382477 Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, серии 66 № 006869256, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №16 по Свердловской области от 17.11.2011г. выдано МИФНС №16 по Свердловской области e-mail: sekretar@guzsopb7.ru

Р/С 40601810165773000001 в Уральское ГУ Банка России, БИК 046577001

Министерство финансов Свердловской области (ГБУЗ СО «ПБ № 7» л/с 23013004380

КБК 01300000000000000130/ ИНН 6669014862 / КПП 662301001 / ОКПО 52329784, ОКОПФ 75203

**“Заказчик”:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (*ф.и.о. паспортные данные, адрес, телефон)*

 “**Заказчик”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “Учреждение”:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись*)  *(подпись)*

**Приложение №1**

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п  | Вид помощи (услуги) | Единицаизмерения | Цена заединицу(руб.) | Объемпомощи | Сумма(руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

“**Заказчик”:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **“Исполнитель ”:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*подпись) (подпись)*

**Акт**

**о выполнении услуги**.

На основании заключенного между нами договора, «**Учреждением**» оказана оговоренная медицинская услуга с хорошим качеством, в полном объеме и в указанный срок.

Претензий к «**Учреждению**» не имею.

“**Заказчик”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Ф.И.О. дата подпись*

На основании заключенного между нами договора, «**Заказчик**» произвел полный расчет через кассу внесением оговоренной суммы.

Претензий к «**Заказчику**» не имею. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

“ **Исполнитель”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Ф.И.О. дата подпись*