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

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)**

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница № 7», в дальнейшем именуемое “Учреждение”, в лице зав. ДНО Сухотского А.М., действующего на основании доверенности № 54 от 29 декабря 2011г. 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: г. Нижний Тагил ул. Вязовская 12 в диспансерном наркологическом отделении

**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:

**Пятьсот пятьдесят рублей.**

(*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.

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

3.1. Виды оказанных услуг, установленный диагноз и информация о ходе лечения заносится лечащим врачом в медицинскую документацию.

3.2. При необходимости и целесообразности оказания Потребителю дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных Приложением 1, Учреждение вправе произвести данные мероприятия только с согласия Заказчика (по жизненным показаниям Потребителя мероприятия проводятся по решению Учреждения с последующим уведомлением Заказчика).

3.3. Заказчик получил разъяснения по возможным осложнениям и риску предстоящих методов диагностики и лечения. 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.

3.4. 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.

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

3.6. Заказчик предупрежден, что в случае нарушения Потребителем режима, либо невыполнения последним правил, регламентирующих лечебный процесс в подразделении, оказывающем услуги, процесс оказания лечебно-профилактической помощи 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.

3.8. Учреждение обязуется: соблюдать Порядок оказания медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации; оказать Потребителю медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации; соблюдать Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей"; соблюдать Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006.

3.9. Договор вступает в силу с момента внесения денежных средств в кассу Учреждения и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

3.10. Срок оказания услуги с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

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 ГК РФ регулирующим вопросы возмездного оказания услуг.

5.3 Исполнитель в рамках настоящего договора действует на основании Лицензии № ЛО-66-01-002694 от 26.06.2014 года, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области, расположенным по адресу: 620075, г. Екатеринбург, ул. Карла Либкнехта, д.2, телефон (343) 378-78-50, 378-74-05. (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»

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

Р/С 40601810165773000001, Уральское ГУ Банка России,

КБК 01300000000000000130/ ИНН 6669014862 / КПП 666901001 / БИК 046577001/ ОКОНХ 91511/ ОКПО 52329784

**“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.) |
| 1 | Первичный прием врача психиатра-нарколога высшей категории | 1 прием (осмотр и консультация) | 550 | 1 | 550 |

“**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*