

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Смоленск

« _____ » _____ 201 г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кардымовская центральная районная больница» (ОГБУЗ «Кардымовская ЦРБ»), действующее на основании лицензии № ЛО-67-01-000952 от 11.июня 2015г., ОГРН 1026700977203, свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ за № 2136733072969 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 5 по Смоленской области.

в лице главного врача **Лебедева Владимира Александровича**, действующего на основании «Устава» расположенное по адресу: п. Кардымово, ул.Красноармейская, д.22, именуемое далее «Исполнитель» с одной стороны и Ф.И.О. _____

Дата рождения « _____ » _____ г.

Паспортные данные: серия _____ № _____

Адрес: _____

с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг: «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется производить согласно перечня платные медицинские услуги «Заказчику». Предварительные и периодические осмотры лицам, поступающим на работу или работающим проводятся согласно направлениям, установленного образца и согласно заявке «Заказчика».

1.2. «Исполнитель» предоставляет «Заказчику» необходимую и достоверную информацию о медицинских услугах, их цене, условиях их оказания в соответствии с требованиями к методам диагностики, разрешенным на территории РФ.

1.3. Заказчик подтверждает:

- на момент подписания настоящего договора ему в наглядной и доступной форме доведена информация о возможности получения, соответствующих видов и объёмов 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.

- добровольное информированное согласие на оказание ему платных медицинских услуг в соответствии с настоящим договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. «Исполнитель» обязуется:

2.1.1. Оказывать качественные услуги в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения, а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения.

2.1.2. Обеспечить «Заказчика» бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении «Исполнителя», режиме работы, перечне платных услуг и стоимости, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3. Обеспечить выполнение прав «Заказчика» предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

2.2. «Заказчик» обязуется:

2.2.1. Оплачивать стоимость платных медицинских услуг, указанных в пункте 1 настоящего договора до начала её оказания, определённом разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, для обеспечения качественного их предоставления.

2.2.4. В случае отказа «Заказчиком» от продолжения обследования или лечения, путем подачи письменного заявления на имя Главного врача в любое время до момента начала оказания услуг, согласно п.1.1. настоящего договора, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом, с «Заказчика» удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также понесенные «Исполнителем» расходы. Остаток суммы, внесенной за оказание медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1. настоящего договора, возвращается в кассе «Исполнителя» «Заказчику» в течении 10 рабочих дней.

3. Порядок расчетов и цена договора

3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом, утверждённым «Исполнителем».

3.2. Оплата выполняемых «Исполнителем» медицинских услуг производится согласно объему оказываемых услуг осуществляется «Заказчиком» лично (либо иным лицом- супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, попечителем, усыновителем) на основании счета путем внесения денежных средств в кассу «Исполнителя» в размере ста процентов от суммы счета, в течении двух дней.

3.3. Для физических лиц — путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными деньгами в кассу «Исполнителя», путем оформления квитанции, подтверждающей прием наличных денег. Документом, подтверждающим расчет, служит копия вышеуказанной квитанции.

3.4. «Исполнитель» приступает к оказанию услуги после получения оплаты.

3.5. Цена настоящего договора составляет _____

Расчет стоимости платной медицинской помощи

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена одной услуги	Цена суммарная

Подпись пациента: _____

4.Срок действия договора

4.1. Настоящий договор считается заключённым с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.

4.2. Договор может быть прекращён до истечения срока выполнения сторонами обязательств.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Изменение и расторжение настоящего договора возможны по соглашению сторон. При этом, Стороны по настоящему договору информируют друг друга не позднее месячного срока, а так же «Заказчик» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Ответственность сторон и порядок их рассмотрения

6.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего договора, стороны обязуются разрешать путём переговоров.

6.2. В случае не урегулирования Сторонами споров и разногласий путём переговоров, предъявляемые претензии разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Форс-мажор

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или неполное исполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения договора в результате событий чрезвычайного характера, которые сторона не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор). К таким событиям чрезвычайного характера относятся: стихийные бедствия, война или военные действия, принятия органом государственной власти или управления решения, повлекшего за собой невозможность исполнения настоящего договора.

8. Прочие условия

8.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

8.2. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут, признан недействительным только на основании действующего законодательства.

8.3. Все изменения, дополнения данного договора действительны лишь в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

8.4. Стороны обязаны сообщить друг другу об изменении своего юридического адреса, номеров телефонов, банковских реквизитов в десятидневный срок.

8.5. Во всем остальном, непредусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9. Юридические адреса и реквизиты сторон

ЗАКАЗЧИК:

«__» _____ 2015

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Областное государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Кардымовская
центральная районная больница»
ОГБУЗ «Кардымовская ЦРБ»

Адрес:

215850, Смоленская обл., п. Кардымово,
ул. Красноармейская, д.22
тел. 8(48167) 4-10-03 гл. врач;
4-23-63 – бух. (факс-4-14-68)

ИНН 6708001732 КПП 670801001

ОГРН 1026700977203

Получатель:

Департамент бюджета и финансов Смоленской
области (ОГБУЗ «Кардымовская ЦРБ»)

л.с. 20809200660

БИК 046614001

ОКТМО 66623151051

Банк: Отделение Смоленск г. Смоленск

р/с 40601810766143000585

Код дохода:000000000000000000139V

Главный врач

ОГБУЗ «Кардымовская ЦРБ»

_____ В.А. Лебедев

«__» _____ 2015 г.

М.П.

Приложение
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
от " ____ " _____ 2015 г.

Спецификация

№ № п/п	Наименование услуг	Метод	Кол-во обследуем ых (чел)	Цена без НДС(руб.)	Сумма (руб.)
1					
2					
3					
Итого:					

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____ Ф.И.О. руководителя
« ____ » _____ 2015 г.
М.П.

Главный врач _____
« ____ » _____ 2015 г.
М.П.