**ДОГОВОР № -**

**на предоставление платных медицинских услуг.**

п. Октябрьский « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Октябрьскаяцентральная районная больница» (ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ»),** зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 17 по Пермскому краю, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Угриновой Тамары Викторовны действующего на основании Устава, с одной стороны и **Пациент:**

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем заказчик, документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО 59-01-004311 от 27октября 2017 года, выданной Министерством здравоохранения Пермского края, г.Пермь, ул. Ленина, д.51, тел. 8-34-22-65-01-77 и в соответствии с действующим Прейскурантом цен предоставляет Заказчику медицинские услуги:

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

Заказчик оплачивает предоставленные платные медицинские услуги на условиях настоящего договора.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Заказчика и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств (Приложение №1).

1.3. Заказчик при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счёт государственных средств.

1.4. Заказчик незамедлительно ставят в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельств, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

1. **Цена договора и порядок расчетов.**

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг составляет  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2.2. Заказчикобязан оплатить выполненные Исполнителем в полном объеме медицинские услугипосле их принятия. С согласия Заказчика медицинские услуги могут быть оплачены при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.

1. **Обязанности.**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Заказчику медицинские услуги надлежащего качества и в полном объеме в соответствии с установленными медико – экономическими стандартами.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых Заказчику медицинских услуг действующей лицензии и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.1.3. Выдать Заказчику платёжный документ (кассовый чек, квитанцию), подтверждающий получение денежных средств от Заказчика в счёт медицинских услуг.

3.1.4. Сохранять конфиденциальность информацию о врачебной тайне Заказчика.

3.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги в порядке определяемом условиями настоящего Договора.

3.2.2. выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинских услуг, соблюдать правила внутреннего распорядка и правила санитарно –эпидемиологического режима Исполнителя.

3.2.3. Возместить Исполнителю убытки, возникшие в связи и в результате противоправной деятельности.

1. **Права сторон.**

4.1. Исполнитель имеет право.

4.1.1. Привлекать для оказания вышеуказанной медицинской услуги специалистов других медицинских учреждений.

4.1.2. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

4.2. Заказчик имеет право:

4.2.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемые медицинские. Услуги.

4.2.2. Отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченному сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

4.2.3. Вправе отказаться от предоставления возмездных дополнительных услуг не указанных в п.1.1. настоящего договора, а так же от оплаты таких услуг. Если дополнительные услуги были оплачены, Заказчик вправе потребовать от исполнителя возврата уплаченной суммы.

1. **Особые условия.**

5.1. Заказчик ознакомлен с правилами внутреннего распорядка Исполнителя и подтверждает это своей подписью в договоре.

1. **Ответственность сторон.**

6.1. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несёт ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Заказчику, исполнитель не несет ответственность задействия третьих лиц.

6.3. Исполнитель не несет ответственность за денежные средства, ценности, документы, имущество Заказчика, не сданные на хранение.

6.4. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее Исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Заказчиком требований п.3.2. настоящего Договора.

1. **Порядок разрешения споров.**

7.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться переговоров межу сторонами.

7.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны после реализации предусмотренной законодательством процедуры досудебного урегулирования разногласий передают их на рассмотрение в суде.

1. **Срок действия договора.**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения, сторонами своих обязательств по настоящему договору и в полном объеме.

**9.Заключительные положения**

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителя сторон. Приложения к настоящему договору составляют его неотъемлемую часть.

9.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.3. настоящий договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

1. **Реквизиты и подписи сторон.**

Исполнитель

ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ».

Юридический адрес: 617860, Пермский край, Октябрьский район, п. Октябрьский,

ул. Ленина, д. 81; т.8-34-266-2-24-89; 2-25-49

ИНН 5943030026; КПП 594301001

р/сч-40601810657733000001 в Отделение Пермь

ОГРН-1025902306100; БИК-045773001

Главныйврач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.В. Угринова

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

к договору

**СОГЛАСИЕ**

**об оказании медицинских услуг**

**на возмездной основе за счет собственных средств**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранении Пермского края «Октябрьская центральная районная больница» (далее – ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ» и согласен(на) оплатить лечение.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ» **в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги .

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_