## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом)**

г.Белорецк от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, расположенное по адресу: ул. Ленина, 65, (<https://medic-centre.ru/>), зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром юридических лиц (ОГРН 1060256009241, государственный регистрационный номер 2110256046767), Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – серия 02 № 006834723, от 17.08.2020г., свидетельство о постановке на учѐт российской организации в налоговом органе по месту еѐ нахождения – серия 02 № 006834724), выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №20 по Республике Башкортостан, лицензия № Л041-00110-02/00555297 на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), в лице начальника отделения платных медицинских услуг Сагитова Артура Илдаровича,  действующего на основании приказа №925-Д от «29» октября 2020г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (законный представитель «Пациента»)

|  |
| --- |
|  |
|  |

(Ф.И.О.)

Дата рождения (месяц/число/год) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Зарегистрированный по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент»,

Гражданин(ка), именуемый в дальнейшем «Плательщик» **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Ф.И.О.)

заключили настоящий договор о следующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Исполнителя» принимает на себя обязательства на оказание медицинской услуги надлежащего качества в соответствии с действующим на момент заключения договора Перечнем медицинских и иных услуг в ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ

1.2. Оказание медицинских услуг производится по месту нахождения «Исполнителя» (при наличии филиала), по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## 2. ОБЪЁМ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ ДОГОВОРА

2.1. «Исполнитель» берѐт на себя обязательство оказать платные медицинские услуги отвечающее требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Кол-во | Цена по прейскуранту, руб. | Сумма к  оплате, руб. |
|  |  | 1 |  |  |

2.2. Стоимость договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. Стоимость услуг определяется утвержденным Перечнем (Прейскурантом), действующим на момент заключения договора.

## 3. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Оплата производится «Пациентом» в размере 100%в день оказания соответствующей услуги в кассу «Исполнителя», с выдачей документа, подтверждающего произведѐнную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.2. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличения фактических затрат на лечение, проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств.

3.3 В случае отказа Потребителя и Заказчика от получения медицинских услуг договор расторгается. Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика при наличии чека за оплаченные услуги и паспорта.

## 4. ПРАВА II ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Пациент» обязан:

- оплатить стоимость предоставляемой услуги в размере и порядке установленном настоящем договором;

- выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка «Исполнителя», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги,

4.2 «Исполнитель» обязан:

4.2.1 Обеспечить «Пациента» бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.

4.2.2 Медицинские манипуляции, обследования, осмотры считаются завершенными в случае наличия заключений врачей-специалистов и результатов лабораторных и функциональных исследований в объеме, установленном договором между медицинской организацией и «Пациентом». Медицинские документы выдаются на руки «Пациенту» по итогам медицинского обследования, не позднее 10 дней с момента заключения настоящего договора. Допускается выдача заключения в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью с соблюдением требований законодательства Российской Федерации защите персональных данных

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1.Настоящий договор вступает в силу с даты оплаты услуги и действует до 1 года. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

5.2.Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1.«Исполнитель» несѐт ответственность перед «Пациентом» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешѐнным на территории Российской Федерации и Республики Башкортостан, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Пациента».

6.2.При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой «Пациент» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ |  | «Пациент»(законный представитель/плательщик) |
| 453500, Республика Башкортостан, г. Белорецк, ул. Ленина, дом 65; ОКПО - 96208969 ; ОКАТО – 80410000000; |  | Ф.И.О. |
| ОКТМО -80611101;ОКВЭД- \_86.10 ОКФС -; ОКОПФ ; |  | Выдан: |
| ОГРН-1060256009241;ИНН - 0256017557; КПП - 025601001; |  |
| ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ л/с 2011204340 ,БИК: 018073401 |  |
| Кор. Счет: 40102810045370000067 Р/с: 03224643800000000100 |  |
| ГРКЦ МБ Республики Башкортостан Банка России г. Уфа |  |
| КБК:/3020102002/854/0000/130/03; E-mail: [bcrkb@mail.ru](mailto:bcrkb@mail.ru) |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (подпись) (ФИО) |  |
|  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подпись) (ФИО) |

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг (№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.), желаю получить услуги в ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, расположенном по адресу: Республика Башкортостан, г. Белорецк, ул. Ленина, 65, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 2. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним. 3. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг. 4.Даю согласие на обработку моих персональных данных. 5.Даю согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения, а так же для проведении контроля качества оказания помощи. 6. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств). 7. Документы связанные с исполнением Договора, которые Стороны будут оформлять между собой, могут быть подписаны от имени уполномоченных лиц Сторон с использование факсимиле синего цвета, при этом факсимильная подпись будет иметь такую же юридическую силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

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

(ФИО гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**АКТ**

**оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г.Белорецк, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ, расположенное по адресу: ул. Ленина, 65, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром юридических лиц (ОГРН 1060256009241, государственный регистрационный номер 2110256046767), Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц – серия 02 № 006834723, свидетельство о постановке на учѐт российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения – серия 02 № 006834724), выданноеМежрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №20 по Республике Башкортостан, лицензия № Л041-00110-02/00555297 на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81), в лице начальника отделения платных услуг Сагитова Артура Илдаровича , действующего на основании приказа

№ 925-Д от « 29» октября 20 20 г. и доверенности от « » 20 г. №

именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (законный представитель «Пациента»)

|  |
| --- |
|  |
|  |

(Ф.И.О.),

составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями [Договора](consultantplus://offline/ref%3D80329293FB7B7A185AF343C80EB34E003C64A6D4B75AD7455863576CDBKCJ) об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. «Исполнителем» оказаны услуги, в следующем объеме:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Кол-во | Цена по прейскуранту, руб. | Сумма к  оплате, руб. |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно [Договору](consultantplus://offline/ref%3D80329293FB7B7A185AF343C80EB34E003C64A6D4B75AD7455863576CDBKCJ) об оказании платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. оказаны в полном объѐме с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно [Договору](consultantplus://offline/ref%3D80329293FB7B7A185AF343C80EB34E003C64A6D4B75AD7455863576CDBKCJ) об оказании платных медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»: | «Пациент»: |
| (Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/) | Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/) |