|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ» |
| ***ДОГОВОР №*** |
| ***на оказание платных медицинских услуг*** |
| с. Айкино |  |  |   |  | \_\_.\_\_.2023 г. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Пациент»,с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Коми «Усть-Вымская центральная районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Натальи Николаевны Семеновой, действующей на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01176-11/00367633 от 11.11.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Коми, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:  |
| ***1. Предмет договора*** |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_** на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. |
| 1.2. Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи. |
| 1.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. |
| 1.4. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.  |
| 1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности: лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01176-11/00367633 от 11.11.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Коми - перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| ***2. Права и обязанности*** |
| ***2.1. Исполнитель обязуется:*** |  |
| 2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи. |
| 2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.  |
| 2.1.3 После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней. |
| ***2.2. Пациент обязуется:*** |  |
| 2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором. |
| 2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. |
| 2.3. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. |
|  Пациент подтверждает, что уведомлен 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.2.4. Исполнитель имеет право: |
| 2.4.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору. |
| 2.5. Пациент имеет право: |
| 2.5.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором. |
| 2.5.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. |
| 2.6. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации |
| ***3. Стоимость услуг и порядок платежей*** |  |
| 3.1. . Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей  |  |  |
| 3.2. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги. |
| 3.3. В случае досрочного расторжения Договора (отказа от получения услуг) по инициативе Заказчика уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Заказчику с удержанием фактически понесенных затрат. |
| ***4. Ответственность Сторон*** |  |
| 4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента. |
| 4.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Пациент вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка РФ от неуплаченной в срок суммы за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем. |
| 4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Пациента выплаты неустойки в размере 1/300 ставки рефинансирования 1/300 ставки рефинансирования Центрального банка РФ от неуплаченной в срок суммы за каждый день просрочки от стоимости услуги , не оплаченной Пациентом.  |
| 4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.  |
| ***5. Порядок изменения и расторжения Договора*** |  |
| 5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством. |
| 5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме. |
| 5.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.  |
| ***6. Заключительные положения*** |  |
| 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. и действует по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.6.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон. |
| ***7. Реквизиты и подписи Сторон*** |  |
| «Исполнитель» |  | "Пациент" |
| ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ»Юридический и почт.адрес: 169040, Усть-Вымский район, с. Айкино, Садовая,1а,ИНН 1116002062 КПП 111601001 ОГРН 1021101054127Получатель: Министерство Финансов Республики Коми (ГБУЗ РК «Усть-Вымская ЦРБ», 20076200721), Банк: Отделение - НБ Республика Коми Россия//УФК по Республике Коми г. СыктывкарБИК 018702501 ЕКС: 40102810245370000074НКС: 03224643870000000700л/с 20076200721Тел/факс 8(82134) 21347, 21294E-mail: u-vimcrb@mail.ruКБК 00000000000000000130, ОКТМО 87644405, ОГРН 1021101054127 | **Ф.И.О.**  |
|  |
| Адрес места жительства: |  |
|  |
| Иные адреса (при наличии): |  |
|  |
| Документ,удостоверяющий личность: |  |
|  |
| Телефон: |  |
|  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Главный врач-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.Н. Семёнова | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  | (подпись) |
|  |  |  |  |  |  |