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

**на оказание платных медицинских услуг**

**г.Вологда**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

 Ф.И.О.  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.,**

именуемый «Заказчик», и бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн»(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 15.12.2005г. ОГРН 1053500145225, лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-35-01-001823 от 24 февраля 2015 г. выдана департаментом здравоохранения Вологодской области, находящегося по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, д. 19, тел.:72-14-25), именуемое «Исполнитель», в лице кассира, выполняющего обязанности бухгалтера, Фроловой Т.Ю., действующей на основании приказа по учреждению от 31.12.2013 г. №485, заключили договор об оказании платных медицинских услуг, предусмотренных разделом 2 настоящего договора.

 В случае заключения договора в пользу третьих лиц: Потребитель медицинских услуг - Ф.И.О. ЗАПОЛЬСКАЯ МАРИНА АЛЕКСЕЕВНА, степень родства \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Данные услуги оказываются в соответствии с Уставом БУЗ ВО "Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн"; Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"; Правилами предоставления платных медицинских услуг БУЗ ВО "Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн"; а также в ситуациях, когда услуги входит в программу государственных гарантий, но оказывается анонимно, сверх стандартов лечения, не имеет прямых медицинских показаний, выполняется по желанию Заказчика(Потребителя) и т.д.

**1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

*1.1. «Исполнитель»:*

1.1.1. Обеспечивает оказание платной медицинской услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактика и лечения, разрешенными на территории РФ.

1.1.2. Качественно и в срок оказывает данную услугу. Срок оказания - по соглашению сторон в часы приема специалистов и записи кассира платных услуг. Срок ожидания приема может быть увеличен до 1(одного) часа с учетом приема и диагностики сложных пациентов.

1.1.3. Ответственным лицом со стороны "Исполнителя" за оказание платных медицинских услуг является: **Невзоров Александр Станиславович, кабинет №307, телефон 72-63-00.**

*1.2. "Заказчик(Потребитель)" имеет право:*

1.2.1. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

1.2.2. Обследоваться и лечиться в надлежащих санитарно-гигиенических условиях.

1.2.3. На проведение консилиума и консультаций других специалистов.

1.2.4. На облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством.

1.2.5. На сохранение врачебной тайны.

1.2.6. На добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

1.2.7. На отказ от медицинского вмешательства.

1.2.8. На получение информации о своих правах, обязанностях и о состоянии здоровья.

1.2.9. На возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

1.2.10. На допуск адвоката или иного законного представителя для защиты своих прав.

1.2.11. На получение данной услуги бесплатно по месту жительства на общих основаниях через регистратуру в соответствии с постановлением Законодательного Собрания Вологодской области на текущий год "О программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области..." при наличии полиса обязательного медицинского страхования и направления ЛПУ.

1.3. "Заказчик(Потребитель)" обязан:

1.3.1. Соблюдать распорядок работы БУЗ ВО "Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн".

1.3.2. Заботиться о своем здоровье, не совершать действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других пациентов.

1.3.3. Уважать права других пациентов, медицинского и обслуживающего персонала госпиталя.

1.3.4. Информировать медицинский персонал в случае непонимания или неполного понимания предстоящего вида медицинского вмешательства.

1.3.5. Соблюдать правила поведения пациентов в госпитале, приходить на прием специалистов и на процедуры в назначенное время, а в случае опоздания ставить в известность врача или средний медицинский персонал госпиталя.

1.3.6. Выполнять предписания врача, своевременно сообщать врачу о прекращении назначенного лечения, об обращении к другим врачам по поводу возникших проблем.

1.3.6.1. При несоблюдении указаний (рекомендаций) "Исполнителя" (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизиться качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

1.4. При причинении вреда госпиталю "Заказчик(Потребитель)" несет имущественную ответственность путем возмещения убытков в соответствии со ст. 1064, 1082 Гражданского кодекса РФ.

1.5. При невозможности оказания услуги "Исполнителем" "Заказчик(Потребитель)" вправе отказаться от получения медицинской услуги до её выполнения и получить обратно оплаченную сумму безналичным путем в течение 10 банковских дней на основании заявления (с указанием банковских реквизитов) с оформлением документов, установленных российским законодательством.

**2. НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

2.1. "Заказчик" до оказания медицинских услуг добровольно оплачивает стоимость услуг по расценкам прейскуранта платных медицинских услуг, оказываемых БУЗ ВО "Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн", с которым "Заказчик(Потребитель)" ознакомился перед заключением настоящего договора, в кассу "Исполнителя" с выдачей кассового чека.

**2.2. Стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.) руб.**(на основании ст.149 Налогового кодекса Российской Федерации медицинские услуги не подлежат налогообложению НДС).

3. Наименование услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Кол-во | Сумма,руб. |
|  |  |  |  |
| Всего: |  |

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

3.1. "Исполнитель" несет ответственность перед "Заказчиком(Потребителем)" за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни "Заказчику(Потребителю)".

3.2. При несоблюдении "Исполнителем" обязательств по срокам оказания услуг "Исполнитель" обязан предложить "Заказчику(Потребителю)" новый срок оказания услуги.

3.3. Спор между сторонами рассматривается главным врачом (заместителем) с привлечением клинико-экспертной комиссии. При недостижении согласия сторон споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

**4. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**

4.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, считается действительными при условиях, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

4.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниями, предусмотренным действующим доказательством.

4.3. В случае отказа "Заказчика(Потребителя)" после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

**5. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.**

5.1. Настоящий Договор составлен в 2(двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5.2. В соответствии с ст. 162 Гражданского кодекса РФ оттиск печати на договоре не ставится.

|  |  |
| --- | --- |
| **"ИСПОЛНИТЕЛЬ":**БУЗ ВО "Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн"160001, г. Вологда, ул. Благовещенская, д. 39Тел.(факс) 72-45-22**Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.Ю. Фролова** | **"ЗАКАЗЧИК":**Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: Адрес: Контактный телефон: Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ 11 марта 2015 Г.**

ЗАПОЛЬСКАЯ МАРИНА АЛЕКСЕЕВНА, именуемый "Заказчик", и БУЗ ВО «Вологодский областной госпиталь для ветеранов войн»(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 15.12.2005г. ОГРН 1053500145225, лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-35-01-001823 от 24 февраля 2015г. выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, находящегося по адресу: г. Вологда, ул. Предтеченская, л. 19, тел.:72-14-25), именуемое «Исполнитель», в лице кассира, выполняющего обязанности бухгалтера, Фроловой Т.Ю., действующей на основании приказа по учреждению от 31.12.2013 г. №485, составили настоящий акт о том, что платные медицинские услуги, предусмотренные всеми условиями договора, выполнены в полном объеме. Стороны взаимных претензий друг к другу не имеют.

|  |  |
| --- | --- |
| **От «Исполнителя»:****Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.Ю. Фролова** | **От «Заказчика»:**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |