

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Южно-Сахалинск

" ____ " _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Южно-Сахалинская детская городская поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Колба Татьяны Зиновьевны**, действующего на основании Устава, Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-65-01-001140 от 18.04.2018 г. с одной стороны и **гражданин(ка) _____** являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) несовершеннолетнего: _____ именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. "Потребитель" поручает выполнение следующих медицинских услуг и обязуется оплатить данные услуги:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате, руб.
1.					
2.					
3.					

1.2. "Исполнитель" обязуется выполнить заявленные медицинские услуги.

1.3. "Потребитель" и «Исполнитель» принимают на себя обязательство не раскрывать посторонним лицам характер и объемы оказанных услуг.

2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится «Потребителем» в полном объеме денежными средствами в кассу «Исполнителя» до оказания медицинской услуги в соответствии с прейскурантом, утвержденным «Исполнителем».

2.2. Если во время оказания медицинских услуг «Потребитель» или «Исполнитель» сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, такая замена допускается по соглашению между сторонами в пределах действия настоящего договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1 «Исполнитель» обязуется:

3.1.1. Согласованные виды медицинских услуг выполнить качественно и в сроки, согласованные с «Потребителем».

3.1.2. Предоставлять необходимую информацию «Потребителю» об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости, квалификации и сертификации специалиста, оказывающего медицинские услуги.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

3.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.5. Предупредить «Потребителя» о необходимости предоставления на безвозмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия «Потребителя» «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.2. «Потребитель» обязуется:

3.2.1. Оплатить медицинские услуги, предусмотренные договором.

3.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания услуг незамедлительно обратиться к «Исполнителю».

3.2.4. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего договора.

3.2.5. Выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью.

3.2.6. «Потребитель» согласен на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. На хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств, могут разрешаться путем переговоров между сторонами по соглашению сторон. Либо споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-65-01-001140 от 18.04.2018 г. выдана Министерством здравоохранения Сахалинской области (адрес лицензирующего органа: Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса 24, тел. 8 (4242) 67-13-58, 46-21-36);

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: Оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до « ____ » _____ 20__ г.

5.2. В случае отказа «Потребителя» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Потребителя» о расторжении договора по инициативе «Потребителя», при этом «Потребитель» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. Изменение условия договора по соглашению сторон в письменной форма.

6. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Взаимодействие сторон, не урегулированные в настоящем договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

7. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Южно-Сахалинская детская городская поликлиника». Главный врач Колба Татьяна Зиновьевна;

Юридический адрес: 693023, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 2;

Адрес осуществления медицинской деятельности: 693023, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 2;

ЕГРЮЛ 1026500550614 от 19.01.2012г., наименование регистрирующего органа: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 1 по Сахалинской области;

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ГБУЗ «Южно-Сахалинская ДГП», Сахалинская область, 693023, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова, 2, тел. 510-386, факс: 510-340 ИНН/КПП 6501026071/650101001, р/с 40601810464013000001	Потребитель: _____ (Ф.И.О.) Паспортные данные _____ _____ Адрес _____ _____ _____ Телефон _____ Подпись _____/_____/_____
--	--