**Договор № ------**

**на оказание платных медицинских услуг**

**\_\_.\_\_.\_\_\_\_г.**

**ГУЗ «Щекинская районная больница**», ( Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ ***№ 2127154469297***, зарегистрированном 13.12.2012, Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 06.04.2020 ***№ ЛО-71-01-002229 бессрочно***  выданная Министерством Здравоохранения Тульской области, ) именуемое в дальнейшем **«Исполнитель**», в лице главного врача Анисочкина А.А.., действующего на основании Устава, с одной стороны,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  именуемый в дальнейшем **«Заказчик»,**

действующий на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

* 1. **Предмет договора.**

1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги, отвечающие требованиям

действующих стандартов диагностики и лечения на территории РФ, в соответствии с «Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые ГУЗ «Щекинская районная больница» , а Заказчик обязуется произвести оплату предоставляемых медицинских услуг.

2.1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является желание Заказчика при отсутствии медицинских противопоказаний.

* 1. **Стоимость услуг и порядок их оплаты.**

**«Заказчику» оказываются следующие медицинские услуги:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** | **цена** |
| **\_\_\_\_\_\_\_** |  |

1. Оплата производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты, в размере предполагаемого обследования

и лечения по действующим тарифам, и считается произведённой после поступлении денежных средств в кассу или на расчетный счет «Исполнителя» при безналичной форме оплаты.

1. **Права и обязанности сторон.**
2. «Заказчик» обязан:
   * после подписания настоящего договора, оплатить полную стоимость медицинских услуг в размере, указанном в п.2.1 настоящего договора;
   * соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные в учреждении Исполнителя, информировать специалиста, оказывающего

медицинскую помощь, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п.

1. Заказчик имеет право получать от медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи, в доступной форме полную, достоверную информацию, касающуюся его здоровья и оказываемых медицинских услуг.
2. Заказчик может в любое время отказаться от получения медицинских услуг и получить обратно оплаченную сумму за вычетом фактически понесённых Исполнителем затрат, связанных с подготовкой и частичным оказанием услуг.
3. «Исполнитель» обязан:
   * оказать Заказчику медицинские услуги конфиденциально, качественно и в соответствии с медицинскими стандартами;
   * предоставить Заказчику в доступной форме полную и достоверную информацию о видах, объеме, стоимости и порядке предоставления

медицинской помощи;

- имеет право требовать от Заказчика сведения и документы ( в случаях предыдущего обследования/лечения в других лечебных учреждениях), необходимые для диагностики и эффективного обследования/лечения.

* + по окончании лечения/ медицинского освидетельствования выдать Заказчику медицинские документы установленного образца (медицинское свидетельство, выписка из истории болезни, лист временной нетрудоспособности и т.д)

1. **Ответственность сторон.**
2. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств в соответствие с действующим

законодательством Российской Федерации.

4.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств по настоящему договору, если это связано с возникновением обстоятельств непреодолимой силы

**5. Срок действия договора. Прочие условия**.

5.1. Договор вступает в силу с даты его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

1. Все изменения и дополнения в условия настоящего договора вносятся только письменным соглашением сторон.
2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
3. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, стороны постараются урегулировать путем переговоров, а в случае не достижения соглашения, стороны передают спор на рассмотрение в соответствующий суд общей юрисдикции.

5.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Подписывая данный договор, я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.06 « О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ГУЗ «Щекинская районная больница» моих персональных данных, данные о состояние моего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации. Настоящее согласие действует бессрочно

**6.Адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель Заказчик**

**301247, Тульская обл., г.Щекино, ул.Болдина, д.1, тел/факс (48751) 5-46-66**

**ИНН 7118017322 КПП 711801001**

**Министерство финансов Тульской области (ГУЗ «Щекинская районная больница»)**

**л/сч. 105700918**

**р/с 40601810370033000001 Отделение Тула г.Тула**

**БИК 047003001 ОКТМО 70648101 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОКПО 01948014 ОГРН 1027101508983**

**Адрес предоставления услуги**

**г.Щекино, ул.Болдина д.1**

**Руководитель подразделения**

**(ФИО) подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Акт выполненных работ**

**417каб**

**К договору № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г**

**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Исполнитель: ГУЗ «Щекинская районная больница»

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Сумма, руб |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий не имеет.

Исполнитель **Заказчик**

ГУЗ «Щекинская районная больница»

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