**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

С. Селычка «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский санаторий для детей» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» ОГРН 1021800641620 от 01.01.2012 года, внесенного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 10 по УР от 02.06.2016г., в лице главного врача Новиковой Анны Анатольевны, действующего на основании Устава, лицензии № ФС-18-01-000633 от 12.01.2012 г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, на оказание медицинских услуг, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. Настоящий договор обеспечивает реализацию права «Заказчика» на получение медицинской помощи сверх государственного задания в соответствии со стандартами оказания санаторно-курортной помощи для оказания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее «Потребитель»)

 (ФИО ребенка)

 медицинскую услугу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* 1. Какое-либо специализированное лечение проводится Потребителю при необходимости, устанавливаемой врачом, на основании результатов диагностических обследований, проведенных до поступления в санаторий.

1. **Права и обязанности сторон**
	1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Услугу, указанную в п. 1.1 настоящего договора по общепринятым в мировой медицинской практике методикам.
	2. Исполнитель дает Заказчику разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения Потребителя. После проведения лечения Заказчику выдается выписка из истории болезни Потребителя.
	3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Потребителя в рамках конституционно установленного.
	4. Заказчик обязуется оплатить получаемую Услугу, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения Потребителя (приложение № 1 к настоящему договору).
	5. Заказчик обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях.
	6. Потребитель в присутствии Заказчика ознакомлен с правилами поведения, существующим в санатории. Обязуется своевременно исполнять все врачебные назначения Исполнителя, согласно настоящего договора.
	7. Заказчик имеет право отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги (Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Заказчика).
2. **Стоимость услуг и порядок платежей**
	1. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).
	2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителю.
3. **Ответственность сторон**
	1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать в оказании Услуги Потребителю до оплаты ее стоимости.
	2. Исполнитель не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
	3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры по решению их путем переговоров.
	4. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
4. **Качество услуги**
	1. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечения.
	2. Оказанная Исполнителем Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Заказчик не заявил претензий в период лечения Потребителя.
5. **Срок действия договора**
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем Услуги (подтверждением получения Заказчику Потребителем Услуги является Выписка из истории болезни). Настоящий договор без подписанного Заказчиком приложения № 1 юридической силы не имеет.
	2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо уполномоченными представителями.
6. **Адреса и реквизиты сторон**

 **Исполнитель Заказчик**

БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР» ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: УР, Якшур-Бодьинский р-н, с. Селычка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пер. Фестивальный, д. 2 Паспорт серия \_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП 1824001269/183101001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: (34162) 4-61-95 Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А. А. Новикова Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 1 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**(информационное согласие)**

С. Селычка «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик, являясь законным представителем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Потребитель, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинский услуги для Потребителя в БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

 Я, получил(а) от сотрудника БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР» полную информацию о возможности, условиях и объеме предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг в БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР», в рамках государственного задания, даю свое согласие на оказание Потребителю платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Мне разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов услуг.

Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение Потребитель не гарантирует 100% результат, и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Потребителя, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР» не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Потребителя, он должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР».

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить для Потребителя в БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР» и согласен (на) оплатить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР» в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

Я проинформирован, что по поводу имеющегося у Потребителя заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР».

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано Заказчиком на прием лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись ответственного лица от БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

БУЗ УР «РСД «Селычка» МЗ УР»

427104 Удмуртская Республика с. Селычка пер. Фестивальный, 2

**АКТ № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

**об оказании услуг**

Заказчик (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание: договор № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Валюта: руб.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуг** | **Стоимость услуги** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ А. А. Новикова\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (расшифровка)

От заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (расшифровка)