**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», в лице главного врача Новиковой Анны Анатольевны, действующего на основании Устава, (лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-18-01-002146 от 28.11.2016 года выдана Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельностью при Правительстве Удмуртской Республики - бессрочно. Перечень работ в соответствии с лицензией: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: диетологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; рефлексотерапии; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии детской; физиотерапии; гастроэнтерологии; детской кардиологии; пульмонологии. При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым)), 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)

медицинские услуги в соответствии с приложением № 1 к настоящему договору.

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 отражающая состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
   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 и режимом лечения существующим в санатории. Обязуется своевременно исполнять все врачебные назначения Исполнителя, согласно настоящего договора.

2.7. Исполнитель обязуется в течение срока заезда, предусмотренного путевкой оказать необходимое количество платных медицинских Услуг

2.8. 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).

1. **Стоимость услуг и порядок оплаты**
   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.
2. **Ответственность сторон**
   1. В случае не своевременной оплаты 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.
3. **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.
4. **Срок действия договора**

6.1. 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.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо уполномоченными представителями.

1. **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 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1021800641620 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: (3412) 22-17-95 Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

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 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Количество процедур, процедур | Цена за единицу, руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 и подпись

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»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО и подпись