**Договор № \_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Смоленск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 2» (ОГБУЗ «Поликлиника № 2»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Дижиченко Раисы Леонидовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор (далее по тексту – «Договор») о нижеследующем:

1. **Сведения о сторонах договора**
   1. **Сведения об Исполнителе:**

- Наименование организации: Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Поликлиника № 2» (ОГБУЗ «Поликлиника № 2»);

- Юридический адрес и адрес оказания медицинских услуг: 214031, Россия, Смоленская область, г. Смоленск, проспект Строителей, д. 15;

- ОГРН: 1026701427466;

- ИНН 6731008334;

- Лицензия: №Л041-01128-67/00338306 от 26.12.2019, лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах, а также на официальном сайте: <http://поликлиника-2.рф>;

- Срок действия лицензии: бессрочно.

* 1. **Сведения о Потребителе:**

- Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель оказывает Потребителю следующие медицинские услуги:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, общей стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Медицинские услуги Исполнитель поручает оказывать:

(Фамилия, Имя, Отчество медицинского работника, должность)

* 1. Потребитель, подписав настоящий Договор, подтверждает, что ознакомлен с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги Исполнителя и обязуется их оплатить в порядке, содержащемся в настоящем договоре.
  2. Потребитель, подписав настоящий Договор, подтверждает, что до заключения настоящего договора в доступной форме уведомлен медицинским работником Исполнителя о том, что несоблюдение назначенного режима лечения, правил подготовки к медицинским исследованиям, правил поведения пациента во время проведения диагностических исследований могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее проведения или завершения в срок. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (***подпись***)
  3. Потребитель, подписав настоящий Договор, подтверждает, что до заключения настоящего Договора уведомлен Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***подпись***)
  4. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(***подпись***)

1. **Права и обязанности сторон**
   1. **Исполнитель обязуется:** 
      1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о местонахождении Исполнителя, режиме работы, предоставляемых платных медицинских услугах с указанием их стоимости и условий предоставления, профессиональном образовании и квалификации медицинских работниках.
      2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, действующим порядкам, стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
      3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
      4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.
      5. После исполнения Договора, выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования.
   2. **Потребитель обязуется:**
      1. Оплатить полученные платные медицинские услуги в порядке, сроки и на условиях, согласно настоящего Договора и утвержденному Исполнителем Прейскуранту, действующем на момент оказания медицинской помощи.
      2. Соблюдать Правила оказания платных медицинских услуг, утвержденные Исполнителем и порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
      3. Для оформления необходимой в процессе оказания платной медицинской услуги документации, предоставить Исполнителю паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Потребителя, дает согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора.
      4. Выполнять рекомендации Исполнителя, соблюдать график явки для проведения лечебных и диагностических мероприятий.
2. **Порядок исполнения договора**
   1. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, устанавливаются в соответствии с графиком работы специалистов Исполнителя, видом и объемом планируемой медицинской помощи.
   2. Условия получения Потребителем платных медицинских услуг: **амбулаторно**.
   3. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Дополнительного соглашения и подписанному сторонами.
   4. В случае полного отказа Потребителя от получения медицинских услуг после заключения договора и оплаты услуг, договор расторгается. При этом Потребителю возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг, Исполнитель удерживает только сумму фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.
3. **Порядок расчетов**
   1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в размере 100 % предварительной оплаты в день предоставления платной медицинской услуги. Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).
4. **Ответственность сторон**
   1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате  
      предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
   4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в судебном порядке.
5. **Срок действия договора и иные условия**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств по нему.
   2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
6. **Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Потребитель:** |
| ОГБУЗ «Поликлиника № 2» |  | Ф.И.О. |
| 214031, Смоленская область, г. Смоленск, проспект Строителей, д. 15 Тел. (4812) 55-40-93 |  |  |
| Р/с 03224643660000006301 |  |  |
| Отделение Смоленск Банка России /УФК по Смоленской области г. Смоленск |  |  |
| БИК 016614901 |  |  |
|  |  |  |
| Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Р.Л. Дижиченко |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

(подпись) (подпись) (расшифровка подписи)