**Договор**

**об оказании платных медицинских услуг в БУЗ ВО «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер»**

г. Вологда «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер» в лице главного врача Румянцева Сергея Александровича, действующего на основании Устава, лицензии №ЛО-35-01-001994 от 19 ноября 2015г., выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, именуемый в дальнейшем **«Исполнитель**» и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

именуемый в дальнейшем «**ПАЦИЕНТ»**, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

# Общие положения

Договор заключается в соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г.№1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных услуг, Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ, постановления Правительства Российской Федерации от 28.11.2014г. №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015г. и на плановый период 2016 и 2017 годов, требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

1. **Предмет договора**
   1. Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства на предоставление платных медицинских услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. (наименование услуги)
   3. по выбору Пациента и по его добровольному желанию, по договорным ценам, согласно утвержденному Прейскуранту.
2. **Права и обязанности сторон**

2.1.Исполнитель принимает на себя следующий обязательства:

2.1.2. Качественно оказать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

2.2. Пациент принимает на себя следующие обязательства:

2.2.1. Оплатить оказанные медицинские услуги, соблюдая и выполняя все назначения и указания лечебного учреждения.

2.2.2. Своевременно обеспечить исполнителя всеми необходимыми документами и информацией.

2.3. Исполнитель имеет право приостанавливать исполнение медицинской услуги, если Пациент не выполняет, либо ненадлежащим образом выполняет свои обязательства по настоящему договору.

2.4. Пациент имеет право ознакомиться с Программой государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи.

2.4.1. Пациент имеет право получения полной информации о медицинской услуге специалистов, ее оказывающих.

1. **Цена услуг и порядок расчетов**

3.1.Стоимость медицинской услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с утвержденным Прейскурантом.

3.2. Плата за услуги, оказываемые учреждением здравоохранения осуществляется в наличной и безналичной форме. При оплате услуг в наличной форме осуществляется внесение денежных средств в кассу учреждения, при безналичной форме оплаты осуществляется перечисление денежных средств на соответствующий счет учреждения.

3.3. Оплата медицинских услуг в учреждениях здравоохранения производится с применением контрольно-кассовых машин.

**4.Срок исполнения медицинской услуги**

4.1.Срок исполнения оказываемой платной медицинской услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.Ответственность сторон**.

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактике и лечения, разрешенными на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

* 1. Пациент лишается права на оказание медицинских услуг при неявке по неуважительной причине, либо при невыполнении назначений и указаний лечебного учреждения, приведших к невозможности качественного выполнения услуг. Деньги в указанных случаях Пациенту не возвращаются.
  2. Все разногласия между сторонами решаются путем переговоров.

5.4. Во всех других случаях стороны несут в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**6.Обстоятельства непреодолимой силы**

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в случае действия обстоятельств непреодолимой силы, прямо или косвенно препятствующих исполнению настоящего Договора, то есть таких обстоятельств, которые независимы от воли сторон и не могли быть ими предвидены в момент заключения Договора и предотвращены разумными средствами.

**7.Особые условия**

7.1. Пациент уведомлен и согласен на вмешательства, проведение инвазивных манипуляций, связанных с нарушением целостности слизистой, кожных и мягких тканей.

7.2. Подтверждаю, что полностью информирован(а) о возможностях получения аналогичной медицинской помощи бесплатно в соответствии с законодательством и условиями работы настоящего договора свидетельствую личное желание получить медицинские услуги за плату.

**8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания.

8.2. Споры и разногласия, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, будут решаться сторонами путем переговоров. В случае недостижения согласия спор передается на рассмотрение в суд.

8.3.Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны только если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих сторон.

8.4.Все, что не оговорено в настоящем Договоре, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8..5. При изменении наименования, адреса, банковских реквизитов или реорганизации стороны информируют друг друга в письменном виде.

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

**9. Адреса и банковские реквизиты сторон, подписи сторон**

**Исполнитель: Пациент:**

160000 г. Вологда Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. М. Ульяновой д.17 Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БУЗ ВО «Вологодский областной Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кожно-венерологический диспансер» Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 3525078323 КПП 352501001 Место регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р/с 40601810600093000001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛОГДА Г.ВОЛОГДА Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 041909001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лицевой счет 008.20.004.1 т.с.02.01.00

ОГРН 1023500892469 Телефон пациента (потребителя)

Выдан Межрайонной ИФНС России №11 по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вологодской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) С.А. Румянцев

Мне разъяснено, что могу получить медицинскую помощь без взимания платы,

Согласен (на) со всеми пунктами договора, с программой

госгарантий ознакомлен, может получить услугу в другом лечебном учреждении и на других условиях

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)