**Договор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на предоставление платных медицинских услуг**

г. Кудымкар «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края «Больница Коми-Пермяцкого округа» (сокращенное название – ГБУЗ ПК «БКПО»), именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице начальника отдела по организации платных услуг Петуховой Татьяны Валерьевны, действующей на основании приказа главного врача № 104 от 20.03.2019 года и доверенности № 1 от 09.01.2020 и лицензии № ЛО-59-01-005281 от 14.02.2020 г. с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.,,

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»/ «Законный представитель», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя/Законного представителя, обязуется оказать ему медицинские услуги, а потребитель обязуется оплатить данную помощь. Исполнитель принимает на себя выполнение следующих медицинских услуг, в соответствии с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Кол-во | Цена | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Номер чека | | Всего к оплате | |  |

**ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**Исполнитель:**

1.Обязуется предварительно ознакомить заказчика с наименованием платных услуг и их стоимостью.

2.Выполнить согласованные виды услуг качественно и в установленные сроки.

3.Выдать Потребителю чек, подтверждающий прием наличных денег или безналичную оплату.

4.Вправе отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

5.При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении медицинских услуг.

6.В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя/Законного представителя. Без согласия Потребителя/Законного представителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

7.По требованию Потребителя/ Законного представителя предоставить ему в доступной форме информацию об оказываемых ему услугах (порядке оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи).

**Потребитель/ Законный представитель:**

1.Обязуется предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные препараты, которые могут повлиять на ход обследования.

2.Производить оплату, согласованного с ним вида услуг по действующему прейскуранту цен, с внесением наличных средств в кассу Исполнителя или безналичным расчетом.

3.Обязуется выполнить все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя.

4.Имеет право выбирать врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

5.Дает согласие на обработку его персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

Исполнитель несет ответственность за оказанные услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит, возмещению исполнителем в соответствии с законодательством РФ Исполнитель не несет ответственность за оказание услуг в неполном или меньшем объеме, в случае предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

**ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

В случае непредвиденного отказа от медицинской услуги в ходе ее выполнения, Исполнитель возвращает оплаченную сумму заказчику, за вычетом ранее выполненных услуг, Исполнитель несет ответственность за качество выполненных услуг.

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения потребителя за оказанием медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

В соответствии со ст. 32 «Основ законодательства об охране граждан в РФ», мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О.) место жительства пациента или его законного исполнителя)

В доступной для меня форме предоставлена информация о состоянии моего здоровья на данный момент, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, возможных методах лечения, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также информация о данном медицинском вмешательстве:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование платной медицинской услуги)

Включая название медицинского вмешательства, его основное содержание, возможные последствия, в том числе последствия отказа от него в данный момент, возможность возникновения непредвиденных обстоятельств в связи с проведением указанного медицинского вмешательства, которые могут требовать дополнительных медицинских процедур; предполагаемые результаты данного вмешательства и риск возможных осложнений, в том числе связанных с имеющейся у меня сопутствующей патологией, в связи с чем я данным документом даю добровольное согласие на проведение указанного медицинского вмешательства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Место проведения медицинского вмешательства)

Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую силу, один экземпляр находится у Заказчика, а другой у Исполнителя и вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

**РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа»  619000, г. Кудымкар, ул. Пирогова, 2 Тел.(34260) 4-15-00, факс (34260) 4-13-53, e-mail: [kudob@lru.perm.ru](mailto:kudob@lru.perm.ru)  Министерство финансов Пермского края  л/с 208200605, ОГРН 1205900002681,  ИНН 5981007892, КПП 598101001  ОКПО 43268121, р/сч 40601810657733000001в отд Пермь г.Пермь  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.В. Петухова | **Потребитель/Законный представитель:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |