**№ амб.карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_**

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

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский центр реабилитации зрения» ГАУЗ РК «КЦРЗ» (зарегистрированное в ЕГРЮЛ 27.12.2014 г., серия 91, № 000029813), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Ширшовой О.Н., действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

( Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, поскольку «Исполнитель» имеет возможность оказать платную медицинскую услугу, указанную в п.п.1.1 Настоящего договора в соответствии с лицензией № 460055 от 16 мая 2014 г., а «Пациент» имеет желание добровольно заказать платную медицинскую услугу (или услуги) у «Исполнителя», стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:**

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу (или услуги) согласно п.п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_утвержденного Прейскуранта.

1.2.Срок оказания медицинской услуги в течение месяца с даты подписания договора.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

2.1. Предварительная цена услуги, при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается на уровне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия «Пациента» с оплатой по утвержденному прейскуранту.

3.5. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Пациенту дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе Пациента. Сумма дополнительных услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

2.2. «Пациент» обязан в течение 3-х банковских дней с момента заключения договора произвести оплату медицинской услуги.

2.3. Оплата производится до оказания медицинской услуги в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет. Оплата может быть произведена самим «Пациентом», его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного «Исполнителем». Оплата производится в полном объеме.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

- предоставить «Пациенту» бесплатную, доступную, полную, достоверную информацию о заболевании, предоставляемой услуге и возможных осложнениях.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.3. «Пациент» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуг;

- сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных;

-соблюдать назначения лечащего врача и медицинского персонала;

-соблюдать установленные предписания и правила при пребывании в ГАУЗ РК «КЦРЗ»;

-не применять не назначенные препараты и иные методы диагностики и лечения;

-консультироваться со специалистами других медицинских учреждений только по согласованию с исполнителями медицинских услуг и сообщать об их результатах.

3.4. «Пациент» имеет право:

-на предоставление информации о медицинской услуге;

-знакомиться со своей медицинской документацией, документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

-получить заключение с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций;

-на возмещение вреда, в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

-отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

**4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.**

4.1. Информацию об оказываемой медицинской услуге «Пациент» получает в устной форме от врача, назначающего лечение до ее начала.

4 2. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний. При их наличии медицинская услуга не оказывается.

4.3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем «Пациент» а устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги до момента подписания договора.

4.4. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, «Исполнитель» устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

4.5. «Пациент» подтверждает, что ознакомлен с «Правилами оказания медицинских услуг» в ГАУЗ РК «КЦРЗ», с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, до начала оказания медицинской услуги.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1.В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги «Пациент» вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Пациентом» своих обязанностей или по Другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. «Пациент» обязан возместить медицинскому учреждению фактически произведенные расходы по оказанию услуги, если «Исполнитель» не смог или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Пациента».

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.4. Договор может быть расторгнут в случаях предусмотренных законодательством РФ.

6.6. Сторона, считая, что ее права по настоящему договору нарушены, обязана направить другой стороне претензию, которая рассматривается в течение 10 рабочих дней. В случае неполучения ответа, пославшая претензию сторона вправе обратиться в суд.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** |  | **Пациент (Заказчик)** |
| **Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский центр реабилитации зрения»**  Адрес: 295006, г.Симферополь, ул.Долгоруковская,38, тел.27-00-63, 600-551  ИНН 9102065860 КПП 910201001  Банковские реквизиты:  Расчетный счет 40602810542740000017  РНКБ (ОАО) г.Симферополь, БИК 044525607  Корр.счет №30101810400000000607  ОКПО 00811106 |  | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документы, удостоверяющие личность  Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Главный врач (Исполнитель)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (О.Н.Ширшова )**  **М.П.** |  | **Пациент (Заказчик)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |

***Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг***

***№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.***

**АКТ выполненных работ по оказанию медицинских услуг за плату**

Настоящим актом подтверждаем, что все обязательства по настоящему договору выполнены в полном объеме на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, стороны не имеют взаимных претензий.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Главный врач (Исполнитель)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (О.Н.Ширшова )**  **М.П.** |  | **Пациент (Заказчик)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** |