**Договор N \_\_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Ярославль «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2014г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр»,** именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Волковой Т.А., действующей на основании Устава, и лицензии № ЛО-76-01-001027 от 25..11.2013г. выданной Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области: 150000, г. Ярославль, ул. Максимова, 17/27, тел.40-11-31, с одной стороны и

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", в соответствии с медицинской деятельностью учреждения, перечнем работ (услуг), указанных в Уставе и в лицензии на осуществление медицинской деятельности, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Потребителя обязуется оказывать платные медицинские услуги (ФИО пациента, г.р., паспорт, регистрация) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно счету, являющегося неотъемлемой частью договора, а Потребитель уплачивает Исполнителю вознаграждение на условиях настоящего Договора.

1.2. По требованию Потребителю предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные [п. 1.1](#Par25) настоящегоДоговора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями стандартов, установленных на территории России на основании дополнительных соглашений.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1.Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя.

2.2.2.По запросу Исполнителя предоставлять, ему необходимые медицинские документы и материалы, предусмотренные в соответствии с требованиями стандартов медицинской помощи.

2.2.3.Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1.Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств. В случае непредоставления, либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств.

2.3.2.Требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с [п. 1.1](#Par25) настоящего Договора.

2.4.2.Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда.

2.4.3.Получать выписки из медицинской документации о предоставленных платных услугах.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Предоставление платных услуг осуществляется путем оформления договора с последующей оплатой за оказанные услуги на основании счета пациента или иного бланка строгой отчетности.

3.2.Стоимость платных медицинских услуг составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей,

в том числе стоимость каждой платной медицинской процедуры согласно прейскуранту.

3.3. Стоимость медицинских услуг оплачивается путем перечисления суммы, указанной в п.3.1. настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или внесения в кассу Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к оказываемым медицинским услугам, в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

4.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

4.3. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 дней с момента их наступления и прекращения уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Срок действия настоящего Договора с момента подписания до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору. Дата оказания услуг определяется моментом предоставления исполнителем платных медицинских услуг по настоящему договору.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон, а также по инициативе любой из сторон при наличии обоснованных обстоятельств.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

5.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр»,

Адрес: 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д.31в, ИНН 7606079812, КПП 760201001,свидетельство ОГРН 1107606005650 от 08.12.2010, поставлен на учет в ИФНС России по Ленинскому району г. Ярославля, р/счет 40601810378883000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Ярославской области, БИК 047888001, УФК по Ярославской области ( Департамент финансов Ярославской области, ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», л/с 901050036)

Потребитель (пациент или законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Потребитель:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=638BD543E129DD78BEE920299F75CDA28A0E11E857E2D05F560C6B019D56E2D0CB926A8767A697C4M9TBI) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

**Потребитель** (пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.) (Дата)

Лечащий врач (специалист) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До заключения договора Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Потребитель**  (пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.) (Дата)

Лечащий врач (специалист) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_