

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от _____ 202_____ г.

д. Новое Девяткино

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Ленинградский областной наркологический диспансер им. А.Я.Гриненко" - ГБУЗ ЛОНД (зарегистрирован ИФНС России по Всеволожскому району Ленинградской области, основной государственный регистрационный номер 1034700574798), именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Славиной Татьяны Юрьевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин

_____ фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель

_____ может направлять ответы на письменные обращения, и телефон, данные документа, удостоверяющего личность

именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. "Исполнитель" принимает на себя обязательства оказать "Заказчику", по его желанию и/или сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, возмездные услуги в соответствии с лицензией № ЛО41-01149-47/00335392 от 21.10.2019 года, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (г. Санкт-Петербург, ул. Лафонская, д.б литер А, тел. 539-45-41, 539-45-68).

№	Перечень предоставляемых платных медицинских услуг	Стоимость (руб.)	Кол-во	Сумма (руб.)
1.				
2.				
3.				
4.				

_____ для потребителя

_____ фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре)

_____ исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон, данные документа, удостоверяющего личность

1.2. "Заказчик" обязан оплатить оказанные услуги в сроки и в порядке, предусмотренном в пункте 3 договора.

2. Условия и срок предоставления услуг по договору

2.1. "Заказчик" информирован о Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, порядке предоставления бесплатной наркологической помощи.

2.2. "Исполнитель" оказывает услуги "Заказчику" в _____ (название подразделения) с _____ 202_____ г. в течение _____ дней.

2.3. Ответственный за заключение договора и исполнение условий договора в подразделении: _____ (должность, ФИО)

3. Стоимость работ и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, указанных в п. 1.1 договора, определяется прейскурантом цен "Исполнителя" и составляет _____ руб. НДС не облагается.

3.2. Оплата производится на основании п. 1.1. договора до начала оказания медицинской услуги наличными денежными средствами в кассу "Исполнителя" либо безналичным расчетом через учреждение банка.

4. Права и обязанности сторон

4.1. "Исполнитель" обязан:

4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг их перечню в приложении к лицензии "Исполнителя" лицензионным требованиям и условиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ.

4.1.2. Предоставить "Заказчику" информацию о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов; информировать "Заказчика" о предоставляемой услуге: в чем она заключается, что происходит в процессе ее выполнения, какова квалификация "Исполнителя", от каких факторов зависит качество исполнения услуги, о возможности развития осложнений.

4.1.3. Сделать запись об оказании платной медицинской услуги в медицинской карте и учетной документации "Исполнителя".

4.1.4. По просьбе "Заказчика" оформлять и выдавать копии, выписки из медицинской документации, относящиеся к оказанной медицинской услуге.

4.2. "Заказчик" обязан:

4.2.1. Своевременно оплатить предоставляемую медицинскую услугу.

4.2.2. Информировать врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4.2.3. Выполнять требования медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинских услуг, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдение режима лечения, правил поведения пациента в учреждении, распорядка дня "Исполнителя", правил санитарно-эпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

4.2.4. Оплатить полную стоимость койко-дня при нахождении на лечении в течение периода менее 24 часов.

4.3. "Заказчик" имеет право:

4.3.1. Получать информацию о медицинской услуге.

4.3.2. В любой момент отказаться от исполнения договора на получение медицинских услуг при условии оплаты "Исполнителю" суммы фактически понесенных "Исполнителем" расходов, связанных с исполнением обязательств по договору. Возврат денежных средств "Заказчику" производится в десятидневный срок со дня предъявления соответствующего требования.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

5.1. "Исполнитель" несет ответственность перед "Заказчиком" за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, не соблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случаях причинения вреда здоровью и жизни "Заказчика".

Отсутствие ожидаемого пациентом результата, если "Исполнитель" выполнил надлежащим образом лечебно-диагностические мероприятия согласно утвержденному стандарту, протоколу лечения данного заболевания и условия содержания пациента, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

"Исполнитель" не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

5.2."Заказчик" обязан полностью возместить "Исполнителю" убытки, причиненные им в процессе оказания медицинской помощи (приведение в негодное состояние оборудования, инструментов, инвентаря и т.д.).

5.3.Согласно ст. 160 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению, что настоящий Договор может быть подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписи.

5.4.Обращения (жалобы) по вопросам оказания платных медицинских услуг могут направляться в письменной форме или в электронном виде в вышестоящую организацию-учредитель Комитет по здравоохранению Ленинградской области по адресу: 191124, Санкт-Петербург, Лафонская, д.6, лит.А телефон 539-45-45.

6. Порядок расторжения и изменения договора

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.2. "Исполнитель" имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае не исполнения "Заказчиком" своих обязанностей, указанных в п.4.2. договора

6.3. Внесение дополнений в договор не предусматривается. 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 и (или) заказчика и заключить с ним отдельный договор на эти дополнительные медицинские услуги.

6.4. В случае досрочного расторжения договора по инициативе "Исполнителя", при нарушении "Заказчиком" своих обязанностей, "Исполнитель" удерживает с "Заказчика" стоимость оказанных медицинских услуг.

6.5. Если услуга комплексная, и если отказ от договора поступил Исполнителю после начала оказания услуги, расходы исполнителя на оказание услуги признаются равными 100% от стоимости услуги и возврату не подлежат.

Отказ Заказчика от договора должен быть совершён в письменной форме не менее чем за два рабочих дня до даты расторжения договора.

6.6. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным договором или в связи с ним, стороны принимают все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров, споры подлежат разрешению в судебном порядке.

7. Заключительные положения

7.1. Договор действует в течение периода в соответствии с п. 2.2. настоящего Договора.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.3."Заказчик" ознакомлен с программой предоставления услуг и дает свое информированное согласие персоналу "Исполнителя" на их реализацию.

8. Уведомление Потребителя (заказчика)

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

Подпись потребителя (заказчика) _____

9. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

"Исполнитель": Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Ленинградский областной наркологический диспансер им. А.Я.Гриненко" 188673, Ленинградская область, Всеволожский район, Новодевяткинское сельское поселение, деревня Новое Десяткино, улица Славы, дом 6 тел. (812) 296-99-03, факс 296-99-09, e-mail: guzlond@mail.ru сайт: ЛОНД.РФ ИНН 4703010458 КПП 470301001 ОГРН 1034700574798, ОКПО 05354122, ОКТМО 41612458101 Платежные реквизиты: Плательщик (Получатель): Комитет финансов Ленинградской области (ГБУЗ ЛОНД л/с 20243986045) р/с 03224643410000004500 в СЕВЕРО-ЗАПАДНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ/УФК по Ленинградской области г. Санкт-Петербург БИК 044030098 к/с 40102810745370000098 Главный врач Славина Т.Ю.	"Потребитель": ФИО полностью, дата рождения _____ Адрес места жительства _____ Адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения _____ Телефон _____ Данные документа, удостоверяющего личность _____ Подпись потребителя _____
	"Законный представитель потребителя или лицо, заключающее договор от имени потребителя": ФИО полностью, дата рождения _____ Адрес места жительства _____ Телефон _____ Данные документа, удостоверяющего личность _____ Подпись _____
	"Заказчик": ФИО полностью, дата рождения _____ Адрес места жительства _____ Телефон _____ Данные документа, удостоверяющего личность _____ Реквизиты для возврата сумм за не оказанные услуги: _____ Подпись заказчика _____