|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Договор на оказание платных медицинских услуг №** | | | | |  | | | | |
| г.Астрахань |  | « |  | » | |  | 20 |  | г. | |

Государственное автономное учреждение Астраханской области «Областной реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – «Центр»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Селезневой Татьяны Борисовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | , |
| (Ф.И.О. получателя) | |
| действующий(-ая) от имени ребенка |  | , |
|  | (фамилия и имя ребенка) |

именуемый(-ая) в дальнейшем «Получатель»,с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Определения**

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора;

«получатель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором. Получатель, приобретающий платные медицинские услуги, является пациентом, либо действует от имени недееспособного лица, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» - организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское образование, работает в организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

**2. Предмет Договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Получателю медицинские услугив соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности *(Лицензия № ЛО 30-01 001149 от 22 декабря 2014г., выдана Министерством здравоохранения Астраханской области, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», Тел/факс: (8512) 54-16-19),* согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, а Получатель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями,  
предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории  
Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Медицинские услуги предоставляются:  
- в полном объеме медицинской помощи.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Получателя, данного в порядке,

установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.2. Исполнитель обязуется предоставить Получателю услуги в соответствии с Распоряжением Министерства социального развития и труда Астраханской области от 10 апреля 2015 года № 679 и утвержденным Прейскурантом цен на платные услуги. Перечень оказываемых услуг указан в Приложении №1, являющееся неотъемлемой частью договора.  
 2.3. Получатель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора  
Исполнитель:

- ознакомил его с Порядком оказания платных медицинских услуг;

- ознакомил его с действующими в организации Прейскурантам цен (тарифам) на  
медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его (Получателя) 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на  
состоянии здоровья Получателя.

1. Подписав настоящий Договор, Получатель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. . | Срок действия договора с | « |  | » |  | 20 |  | г. | по | « |  | » |  | 20 |  | г. |

**3. Права и обязанности Сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

1. Оказать Получателю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Получателю платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.
2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Получателем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.
3. Немедленно извещать Получателя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
4. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Получателя.

**3.2. Получатель обязуется:**

3.2.1. Своевременно и в соответствии с настоящим Договором оплатить предоставляемые услуги.

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения **о** состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

1. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, но настоящему Договору.
3. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
4. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.
5. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.
6. Соблюдать внутренний режим нахождения в организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифам) платных медицинских услуг (Приложение №1), и составляет:

|  |
| --- |
|  |
|  |
| (прописью) |

1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующим на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.
2. Оплата услуг производится получателем в авансовом порядке согласно выписанному счету (квитанции). По желанию Получателя оплата может быть произведена на расчетный счет Исполнителя или в кассу исполнителя до начала их оказания. После оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.
3. В случае оказания услуг в течение нескольких месяцев Получатель может оплачивать общую сумму услуг равными частями ежемесячно.
4. По окончании срока договора бухгалтерией Исполнителя производится сверка расчета, по итогам которой Сторонами подписывается Акт о предоставлении/получении услуг по договору о предоставлении платных медико-педагогических услуг ГАУ АО ОРЦ ДИП С ОГР ВОЗМ (Приложение № 2 к настоящему Договору).

**5. Ответственность сторон**

5.1. Стороны договора несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством;

5.2. В случае невозможности получения Получателем услуг в указанный в настоящем Договоре срок по уважительной причине (болезнь, отъезд т.п.) срок Договора может быть продлен по согласованию сторон.

5.3. Любая сторона вправе отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление другой стороне не позднее, чем за 5 рабочих дней. Договор прекращает свое действие с даты, указанной в уведомлении. В этом случае деньги за не оказанные услуги возвращаются получателю.

5.4. Стороны принимают меры к урегулированию спорных вопросов путем переговоров.

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Получателя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Получателя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Получателя о расторжении настоящего Договора по инициативе Получателя, при этом Получатель оплачивает Исполнителю фактически понесенные
3. Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**7. Заключительные положения**

1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
   1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

7.4. В соответствии с [ч. 1 ст. 6](consultantplus://offline/ref=69B5D2CAA689915587A860855DEF923C36C54D4C81245E134C9EB9845894A62FB44B781EA6283FEBX9dDN) Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» Получатель дает свое согласие на обработку, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ, а также передачу третьим лицам, в соответствии с соглашением на бухгалтерское обслуживание от 01 июня 2016 года), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

7.5. В соответствии с п. 1 ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Получатель дает свое согласие на обнародование и дальнейшее использование изображения Получателя (в том числе его фотографии, а также видеозаписи, в которых он изображен).

**8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

**Исполнитель: Получатель:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ГАУ АО ОРЦ ДИП С ОГР ВОЗМ  414052 г.Астрахань, ул.Ботвина, 26А  ИНН 3009007214  КПП 301901001  УФК по Астраханской области  МинФин Астраханской области  ГАУ ОА ОРЦ ДИП С ОГР ВОЗМ  л./сч. 30148J00147  л./сч. 31148J00147  Р/с 40601810300003000001  В ОТДЕЛЕНИЕ АСТРАХАНЬ  г.Астрахань  БИК 041203001  Тел./факс 32-33-52  Тел 36-13-35  E-mail: [38-06-82@mail.ru](mailto:38-06-82@mail.ru) | | |  | ФИО |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Паспорт серия | | | |  | | | № |  |
| Выдан | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Дата выдачи: | | |  | | | | | |
| Зарегистрирован(-а) по адресу: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Контактный телефон | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | / |  | | |
| Директор |  | Т.Б.Селезнева |
| М.П. | | | подпись | | | | | |  | расшифровка подписи | | |