**Образец**

До заключения Договора Исполнитель уведомил Заказчика/Потребителя 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.

**Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ**

**г. Йошкар-Ола Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице Кассира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего (ей) на основании Доверенности, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», о следующем.

1. **СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

**1.1.Сведения об Исполнителе:**

1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Республиканская клиническая больница»

1.1.2. Адрес места нахождения: г.Йошкар-Ола, ул.Осипенко, д.33;

1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских и иных услуг: г. Йошкар-Ола, ул.Осипенко, д. 33, ул.Пролетарская, д.60, ул.Пролетарская, д.64, ул.Пролетарская, д.68А;

1.1.3. ОГРН 1021200774825, ИНН/КПП 1215037605/121501001

1.1.4. Исполнитель действует на основании Лицензии на осуществлении медицинской деятельности № Л041-01131-12/00560924 от 27.07.2020 года выданной Министерством Здравоохранения Республики Марий Эл. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации содержится в соответствующей лицензий Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя и на сайте Росздравнадзора РФ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

**1.2. Сведения о Потребителе/Заказчике**

1.2.1. Адрес места жительства и телефон Потребителя/Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель, действуя на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности № Л041-01131-12/00560924 от 27.07.2020 года выданной Министерством Здравоохранения Республики Марий Эл и Устава обязуется оказать по желанию Заказчика/Потребителя платные медицинские и иные услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2.Перечень платных медицинских и иных услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, указывается в Приложении №1, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. При заключении Договора Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских и иных услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания платных медицинских и иных услуг, стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую и иную услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания платной медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания платной медицинской помощи;

- иную информацию касающуюся предмета договора.

**3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

3.1. Общая стоимость услуг по настоящему Договору определяется и согласовывается Сторонами в Приложении №1, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Стороны согласны, что оплата медицинских и иных услуг производится авансовым платежом в размере 100%, на основании Прейскуранта Исполнителя. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора. Оплата осуществляется Заказчиком путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Заказчика.

3.3. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ**

4.1. Платные медицинские и иные услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Заказчика на возмездной основе за счет средств Заказчика. Срок оказания услуг 30 календарных дней.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств - по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность специалистов Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиях договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Заказчика) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских и иных услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика (Потребителя), при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Договор составлен в двух/экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

**8. ПОДПИСИ СТОРОН**

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ: Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

8.2. ЗАКАЗЧИК (фамилия, имя и отчество): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 **Приложение № 1 к Договору**

**От \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.**

**Перечень платных медицинских и иных услуг (по чеку № \_\_\_\_\_\_\_)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****пп** | **Код** | **Наименование платных****медицинских и иных услуг** | **Наименование вида медицинской деятельности в соответствии с Лицензией** | **Количество услуг** | **Стоимость****1 единицы****услуг (руб.,коп.)** | **Общая****стоимость****услуг (руб.,коп.)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО** |  |  |  |  |

**Итого к оплате**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (сумма прописью)

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (*расшифровка Ф.И.О*)

**Акт выполненных работ по квитанции № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024г.**

**Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**По чеку № \_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Услуга** | **Кол-во** | **Стоимость** | **Исполнитель** |
| **Отделение** | **Должность** | **ФИО** |
|  |  |  |  |  |  |  |