

**Договор
на оказание платных медицинских услуг №**

г. Челябинск

« » 2018 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированный в реестре юридических лиц 8 июля 2016 года за № 1027403890865 инспекцией Федеральной налоговой службы по Тракторозаводскому району г. Челябинска. Лицензия № _____ от «___» _____ 20 ____ года, выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области, расположенным по адресу: г. Челябинск, пл. МОПРа, 8 «в», тел. 263-21-22, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России Кремлева Сергея Леонидовича, действующей на основании доверенности (с правом передоверия), с одной стороны и _____ в дальнейшем именуемый Потребитель, а также _____ имеющего намерение заказать (приобрести) платные медицинские услуги (далее — услуги) в пользу потребителя, в дальнейшем именуемый Заказчик, с другой стороны заключили настоящий договор (в дальнейшем Договор) о следующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с лицензией (Приложение №1 к настоящему договору) Исполнитель организует и выполняет следующие работы (услуги): акушерское дело, акушерство и гинекология (за исключением использования репродуктивных технологий), анестезиология и реаниматология, лабораторная диагностика, неонатология, операционное дело, реаниматология, рентгенология.

1.2. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется предоставить Потребителю/Заказчику на возмездной основе медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики, лечения, обследования, разрешенным на территории Российской Федерации, Потребителю/Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг, выполнить требования Исполнителя, обеспечивающие качество медицинских услуг, включая сообщение для этого необходимых сведений.

Услуги, оказываемые по договору, предусмотрены в утвержденном Перечне услуг, выполнение которых для физических и юридических лиц осуществляются за плату в Клинике ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (далее – Перечень).

2. Условия и порядок предоставления услуг

2.1. Исполнитель оказывает по настоящему договору услуги:

2.1.1.

2.1.2.

2.2. Услуга, предусмотренная п.2.1.2. оказывается персональным врачом _____

2.3. Услуги оказываются с момента начала родовой деятельности и до момента выписки из родильного дома.

2.4. Способ разрешения на момент заключения договора определяется на основании соответствующего медицинского заключения врача акушера-гинеколога, предоставленного Потребителем/Заказчиком Исполнителю.

2.5. Услуги оказываются при условии наличия обменной карты и полного клинико-лабораторного обследования Потребителя/Заказчика, на сроке беременности после 36-ти недель беременности.

2.6. Услуга, указанная в п.2.1.2. оказывается только дополнительно к услуге, предусмотренной в п.2.1.1

2.7. Услуги считаются оказанными с момента подписания сторонами акта оказанных услуг по договору.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг _____ рублей. Потребителем/Заказчиком оплачивается в полном объеме после подписания акта оказанных услуг, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя с выдчей Потребителю/Заказчику документа подтверждающего оплату (контрольно-кассовый чек).

3.2. Оплата по настоящему договору осуществляется в рублях, в наличной или безналичной форме.

3.3. Цена договора, предусмотренная п.3.1., изменению не подлежит.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказывать своевременно и качественно медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

4.1.2. Соблюдать врачебную тайну.

4.1.3. Информировать Потребителя/Заказчика в доступной форме информацией об объеме оказываемых услуг, сроке и длительности услуг; условиях получения услуг, об возможностях развития заболевания, последствиях, осложнениях, рисках, квалификации специалистов, стоимости услуг, а также результатах исполнения услуг в требуемой форме.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Определить, изменить объем услуг, предусмотренных п.2.1 договора, в зависимости от сложившейся акушерской ситуации или иных медицинских показаний, возникших в процессе исполнения настоящего договора.

4.2.2. Отказать в оказании услуг немедленно уведомив Потребителя/Заказчика об этом, в случаях:

а) отсутствия лицензии на данный вид медицинской деятельности;

б) при наличии противопоказаний, либо при невозможности достичь предполагаемого результата;

в) при предоставлении Потребителем/Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений о здоровье;

г) при нарушении Потребителем/Заказчиком Правил внутреннего распорядка для пациентов Клиники.

4.3. Потребитель/Заказчик обязан:

4.3.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемой услуг, иначе договор считается недействительным.

4.3.2. Оплатить стоимость услуг в соответствии с п. 3.1. настоящего договора.

4.3.3. Сообщить все сведения о наличии заболеваний, в т.ч. перенесенных, противопоказаний к применению лекарственных средств, процедур, аллергических реакциях и иную информацию, влияющую на качество оказания медицинских услуг.

4.3.4. Неукоснительно выполнять указания и рекомендации Исполнителя.

4.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

4.4.1. На информированное добровольное согласие об объемах и условиях предоставляемых услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности по основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья может возникнуть после оказания услуги, но не в следствии ее.

5.3. Потребитель/Заказчик возмещает Исполнителю расходы, связанные с исполнением договора, в случае отказа от оплаты оказанных услуг.

6. Заключительные условия

6.1. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

6.2. Изменение и расторжение договора осуществляется по соглашению сторон. В случае отказа Потребителя/Заказчика от услуги после заключения договора, подтвержденным письменным заявлением, договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя/Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя/Заказчика, а Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы.

6.3. Исполнитель допускает расторжение договора по своей инициативе в случае невозможности исполнения услуг по уважительным причинам. Причиной невозможности выполнения услуги, предусмотренной 2.1.2, является состояние здоровья выбранного Потребителем персонального врача. По соглашению сторон возможна замена персонального врача путем оформления дополнительного соглашения.

6.4. Срок действия договора определяется сроком оказания услуг (п. 2.3 договора).

6.5. Все изменения (в т.ч. стоимость по Перечню, банковские реквизиты) Исполнителя публикуются на официальном сайте Исполнителя (www.clinica174.ru). Заказчик считается уведомленным об изменениях с момента опубликования указанной информации на официальном сайте.

6.6. Подписывая настоящий договор я подтверждаю, что все вышеуказанное мною прочитано и понятно, мне разъяснены и понятны все медицинские термины. Я задала все интересующие меня вопросы и получила на них понятные ответы.

6.7. Перед заключением договора ознакомлен(а) с Перечнем, стоимостью услуг, сведениями о профессиональной подготовке специалистов Исполнителя и даю информированное согласие

Потребитель/Заказчик

7. Адреса и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Юридический адрес: 454092, г. Челябинск ул.
Воровского, 64
(структурное подразделение - Клиника ФГБОУ ВО
ЮУГМУ Минздрава России)
Фактический адрес: 454052, г. Челябинск, ул.
Черкасская, 2
ИНН 7453042876, ОГРН 1027403890865
КПП 745032001,

Получатель: УФК по Челябинской области (Клиника
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России), №оч
№20696У94640 г. Челябинск
4050181060002000002ОТДЕЛЕНИЕ, Челябинск г.
Челябинск, БИК 047501001, №/сч. нет, Телефоны 8
(351) 721-82-55, факс 721-82-44

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК

Потребитель:

Фамилия:

Имя

Отчество:

Адрес:

паспорт:

Дата выдачи:

Телефоны: + _____

Полный

Заказчик:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Адрес: г.

Дата выдачи:

Телефоны: + _____

Полный

Уполномоченное лицо

по доверенности №3 от 22.01.2018г:

Светлакова Ю.Ф.

М.П.