

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

« _____ » 20__ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрированное в реестре юридических лиц 8 июля 2016 года за № 1027403890865 инспекцией Федеральной налоговой службы по Тракторозаводскому району г. Челябинска, действующее на основании лицензии № _____ от « _____ » 20__ года, выданная Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области, расположенным по адресу: г. Челябинск, пл. МОПРА, 8 кв., тел. 263-21-22, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России Кремулева Сергея Леонидовича, действующей на основании доверенности (с правом передоверия), с одной стороны и

(ФИО физического лица, получающего платные медицинские услуги)

в дальнейшем именуемый **Потребитель**, а также

(ФИО физического лица (шифрование юридического лица),

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 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, **Потребитель/Заказчик** обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг, выполнить требования **Исполнителя**, обеспечивающие качество медицинских услуг, включая общение для этого необходимых сведений.

Услуги, оказываемые по договору, предусмотрены в утвержденном **Перечне услуг**, выполнение которых для физических и юридических лиц осуществляется 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**2.2. Услуги** оказываются в срок

2.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № _____ от « _____ » 20__ г., на осуществление медицинской деятельности (Приложение №1 к данному договору)

2.4. Услуги считаются оказанными с момента получения **Потребителем/Заказчиком** результата лечения, обследования, исследования и т.п.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов**3.1. Стоимость услуг** _____ рублей.

3.2. Потребитель/Заказчик оплачивает услуги в полном объеме до оказания услуг / в день их оказания / после оказания услуг - в день подписания акта об оказанных услугах. Вариант оплаты оговаривается сторонами при заключении договора. Оплата осуществляется путем внесения денежных средств в кассу **Исполнителя** с выданной документом подтверждающего оплату (контрольно-кассовый чек) **Потребителю/Заказчику**.

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

4. Права и обязанности сторон**4.1. Исполнитель** обязан:

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

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

4.1.3. Соблюдать врачебную тайну.

4.1.4. Проинформировать **Потребителя/Заказчика** о реальных работах в рамках договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг, в случае неотложных состояний самостоятельно определять объем медицинского пособия, не предусмотренного настоящим договором.

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) неоплаты **Потребителем/Заказчиком** стоимости услуг на условиях настоящего договора;

г) при предоставлении **Потребителем/Заказчиком** неполных /или недостоверных сведений /о здоровье;

д) 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 оказываемых 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 реакций и иную информацию, влияющую на качество оказания медицинской услуги.

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.

4.4.2. На отказ от получения услуг в период оказания услуг, либо до начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, либо на любом этапе оказания услуг с возмещением **Исполнителю** затрат за уже оказанные услуги.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности по основаниям, предусмотренным законом, при том, что состояние здоровья может ухудшиться после оказания услуг, но не вследствие их.

5.3. Потребитель/Заказчик возмещает **Исполнителю** расходы, связанные с исполнением договора, в случае отказа получения медицинской помощи, либо отказа от оплаты оказанных услуг. Договор расторгается в порядке, предусмотренном законом.

б. Заключительные условия

6.1. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны. Каждый экземпляр Договора скреплен подписями сторон.

6.2. Срок действия договора определяется сроком оказания услуг (п.2.2 договора), а в части взаиморасчетов по договору, до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

6.3. Изменение и расторжение договора осуществляется по соглашению сторон.

6.4. 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.

6.5. Подписывая настоящий договор я подтверждаю, что все вышеуказанное мною прочитано и понятно, мне разъяснены и понятны все медицинские термины. Я задаю (а) все интересующие меня вопросы и получаю (а) на них понятные ответы.

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

_____ Подпись

7. Адреса и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Юридический адрес: 454092, г. Челябинск ул. Воровского, 64

(структурное подразделение - Клиника ФГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России)
Фактический адрес: 454052, г. Челябинск, ул. Черкасская, 2
ИНН 7453042876,
ОГРН 1027403890865,
КГН 745032001,

Получатель: УФК по Челябинской области (Клиника ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России), и/сч №20696У94640 г. Челябинск
40501810600002000002ОТДЕЛЕНИЕ, Челябинск
г. Челябинск, БИК 047501001, и/сч. нет,
Телефоны 8 (351) 721-82-55, факс 721-82-44
Уполномоченное лицо
по доверенности № 3 от 22.01.2018г.

М.П. _____
кассир
Светлякова Ю.Ф.

ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК

Заказчик
Фамилия
Имя
Отчество
Адрес
паспорт, серия
Дата кем выдан
Телефон

Ф.И.О Подпись

Потребитель
Фамилия
Имя
Отчество
Адрес
паспорт, серия
Дата кем выдан
Телефон

Ф.И.О Подпись