ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**«КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ**

**ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»**

**ПРИКАЗ**

**«31» октября 2014 г. г.Владивосток № 247-о**

**«Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»**

В соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей", Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Уставом государственного автономного учреждения здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить «Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (далее – Положение).

2. Признать утратившим силу «Положение о порядке оказания платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи (материнства и детства)», утвержденное 11.01.2010 г. и «Временное положение о порядке оказания платных медицинских услуг профилактического, консультативного, лечебно-диагностического и реабилитационного характера в отделении диагностический центр ГАУЗ «ККЦ СВМП», утвержденное приказом ГАУЗ «ККЦ СВМП» № 400 А от 03.09.2012 года.

3. Начальнику отдела АСУ Зуеву М.Г. -разработать форму двухстороннего бланка договора с необходимой информацией в соответствии с вышеуказанным Положением; срок - 10 ноября 2014 года.

4. Инженеру Андрющенко А.В. -обеспечить указанными бланками кассиров для работы по платным медицинским услугам. Срок - 12 ноября 2014 г.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач Березкин Н.Л.

**УТВЕРЖДАЮ**

**Главный врач**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Берёзкин Н.Л.**

**«31» октября 2014 г.**

**Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг**

**в государственном автономном учреждении здравоохранения**

**«Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»**

1. **Общие положения**

1.1.Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (гл.11 ст. 84), Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Уставом государственного автономного учреждения здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи».

1.2.Положение регламентирует вопросы организации оказания платных медицинских услуг населению государственным автономным учреждением здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (далее – ГАУЗ «ККЦ СВМП», Учреждение, Исполнитель).

1. **Виды платных услуг**

2.1. Учреждение предоставляет населению платные медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

**3. Условия предоставления платных услуг**

3.1. Платные медицинские услуги в Учреждении оказываются медицинскими работниками на своих рабочих местах.

3.2. Право предоставления платных медицинских услуг закреплено в Уставе Учреждения, утверждено учредителем;

3.3. Платные медицинские услуги населению могут быть оказаны только в рамках имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности;

3.4. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

3.5. Платные медицинские услуги оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе и объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3.6. Учреждение самостоятельно определяет цены на медицинские услуги. При расчете цен на медицинские услуги применяется Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная), утвержденная МЗ РФ 10.11.1999 г. № 01-23/4-10, а так же учитывается потребительский спрос и полезность услуги, её конкурентоспособность, предполагаемый объем прибыли. Учреждение вправе предоставлять либо не предоставлять скидки по ценам на платные медицинские услуги в размере, не превышающем заложенную в цену прибыль (с уплатой налога на прибыль в установленном порядке).

Прейскурант на платные услуги, а так же изменения цен на платные услуги, утверждается приказом учреждения.

3.7. Учреждение имеет право предоставлять платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в [перечень](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEF1E6F18A63925DD792CA97CF8FED033731EF877EAC8CFaE26F) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных [статьей 21](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEE1C6B14AF3925DD792CA97CF8FED033731EF877EACAC8aE23F) Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

**4. Информационное обеспечение**

4.1. В вестибюле Учреждения на стенде, а также в иных подразделениях, где оказываются платные услуги, в доступных для пациентов местах, а также посредством размещения на сайте Учреждения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" в наглядной и доступной форме размещается информация, содержащая, в частности, следующие сведения:

- сведения об учреждении, в т.ч. наименование, адрес места нахождения, график работы учреждения, копия документа о внесения сведений об учреждении в Единый государственный реестр юридических лиц, копия лицензии на осуществление медицинской деятельности, иные документы в соответствии с требованиями законодательства РФ. В т.ч. данные документы также могут быть предоставлены для ознакомления по требованию потребителя (заказчика);

-сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также графики работы непосредственных исполнителей платных медицинских услуг;

-виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно;

-порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

-виды медицинской помощи и медицинских услуг, не вошедшие в программу государственных гарантий оказания населению субъекта РФ бесплатной медицинской помощи и подлежащие оплате за счет средств работодателей - юридических и физических лиц, личных средств граждан и других источников;

-перечень платных медицинских услуг и прейскурант на оказываемые услуги;

-сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты;

-сведения о льготах для отдельных категорий граждан;

-настоящее Положение;

-соответствующие нормативно-правовые акты, в т.ч. указанные в п.1.1. настоящего Положения.

-адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

4.2. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

4.3. При заключении договора по требованию потребителя (заказчика) ему предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.4. До заключения договора потребитель (заказчик) в письменной форме уведомляется 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.

**5. Порядок оказания платных услуг**

5.1. Оказание платных услуг населению осуществляется в соответствии с установленным режимом работы Учреждения.

5.2. Платные услуги оказываются в соответствии с заключенными с гражданами или организациями договорами на оказание платных услуг в письменной форме. Договоры с гражданами от имени Учреждения кроме главного врача могут подписываться иными уполномоченными главным врачом лицами. Представителем Учреждения при заключении договора не может выступать непосредственный исполнитель платных услуг. В договоре с гражданами регламентируются условия и сроки оказания услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон, а также содержится информация об ознакомлении гражданина о порядке получения данной услуги на безвозмездной основе.

Договоры с организациями oт имени Учреждения подписывает главный врач.

5.3. До начала оказания услуги лечащий врач составляет перечень услуг, подписывает у заведующего отделением, после чего пациент оплачивает стоимость услуги в кассу. При предоставлении сложных и комплексных услуг, операций оплата за услуги может быть произведена после оказания услуги.

5.4. Оплата зa услуги может производится безналичным путем и наличным - в кассу учреждения. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются с применением контрольно-кассовых машин, а в случаях невозможности использования контрольно-кассовой машины, также с использованием утвержденных в установленном порядке бланков являющихся документом строгой отчетности. Кассовый чек или квитанция установленного образца, подтверждающие прием наличных денег, выдаются пациенту плательщику на руки.

5.5. Пациенты, пользующиеся платными медицинскими услугами, обязаны выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги включая сообщение исполнителю необходимых для него сведений.

5.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, вызванных медицинским вмешательством, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEE1C6B14AF3925DD792CA97CaF28F) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.7. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.8. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю ([законному представителю](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE1224E41B6B10AC642FD52020AB7BF7A1C7343A12F977EAC8aC2BF) потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.9. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским [кодексом](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEF1F6511A53925DD792CA97CaF28F) Российской Федерации и [Законом](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEC186511A73925DD792CA97CaF28F) Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

5.10. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE122CEE1C6B14AF3925DD792CA97CF8FED033731EF877EACACAaE22F) Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.11. Исполнитель предоставляет потребителю ([законному представителю](consultantplus://offline/ref=5E33DD6290F7CAFCAECB81D8ED78EE1224E41B6B10AC642FD52020AB7BF7A1C7343A12F977EAC8aC2BF) потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5.12. Контроль качества оказываемых медицинских услуг проводится в соответствии с Положением о внутриведомственном контроля качества в учреждении.

**6. Права пациентов и ответственность учреждения**

6.1. При получении платных медицинских услуг в Учреждении пациентам обеспечивается соблюдение прав, предусмотренных главой 4 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

6.2. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя;

6.3. Потребители, пользующиеся платными услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации причиненного морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6.4. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору:

-назначить новый срок оказания услуги;

-потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

-потребовать исполнения услуги другим специалистом;

-расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.5. Нарушение установленных договором сроков исполнения уcлуге, должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в порядке и размере, определяемых Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» или договором;

По соглашению (договору) сторон указанная неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной услуги, предоставления потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса;

6.6. В случае невозможности исполнения услуг, возникшей по вине потребителя, услуги подлежат оплате в объеме фактически понесённых расходов;

6.7. Претензии и споры, возникшие между потребителем (заказчиком) и Учреждением разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7. Контроль за оказанием платных услуг**

7.1. Контроль за организацией, исполнением и качеством оказываемых платных услуг, правильностью взимания платы с населения, надлежащей постановкой учета и достоверностью отчетности осуществляют в пределах своей компетенции: должностные лица Учреждения:

-заведующий отделением по оказанию платных услуг;

-заместитель главного врача по медицинской части;

-заместитель главного врача по КЭР;

- заместитель главного врача по организационно-методической работе;

-главный бухгалтер;

-главный врач Учреждения;

- ДЗПК и управления Росздравнадзора и Роспотребнадзора по Приморскому краю.

Приложение 1

к Положению о порядке и условиях

предоставления платных

медицинских услуг

в государственном автономном учреждении здравоохранения

«Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по порядку заключения договора на оказание платных медицинских услуг**

**в государственном автономном учреждении здравоохранения**

«**Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи»**

1. Настоящая Инструкция разработана во исполнение Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".
2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения всеми должностными лицами, участвующими в процедуре заключения договоров на оказание медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (далее - Организация).
3. Основным условием заключения договора на оказание медицинских услуг является:

3.1.1. информирование потребителей (заказчиков) 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;

3.1.2. информирование потребителей (заказчиков) о наименовании юридического лица, адресе места нахождения юридического лица, данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, сведениях о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа), перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, адресах и телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. (Вышеуказанная информация в доступной форме размещена на общедоступных стендах, расположенных на территории Организации, на сайте, а также в информационных материалах, находящихся в регистратуре Организации;

3.1.3. информирование потребителя (заказчика) о правах пациента, предоставленных ему в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, законом РФ «О защите прав потребителей» №2300-1 от 07.02.1992";

3.1.4. уведомление потребителя (заказчика) 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

Результатом информирования, уведомления потребителя (заказчика) является подписание потребителем (заказчиком) Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

* + 1. Ознакомление потребителя (заказчика) с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ и по результатам ознакомления получение письменного согласия потребителя (заказчика) на обработку персональных данных.
    2. Предъявление потребителем (заказчиком) паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, для законного представителя предъявление документов, удостоверяющих права данного лица, как законного представителя.

Для заключения договора необходимо предоставление следующих сведений:

- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица.

1. Договор на оказание медицинских услуг может заключаться в отношении следующих категорий физических лиц:
2. совершеннолетних граждан;
3. несовершеннолетних граждан от 14 до 18 лет;
4. несовершеннолетних граждан до 14 лет или граждан, лишенных дееспособности.

4.1. В случае обращения за оказанием медицинской помощи совершеннолетнего гражданина, т.е. гражданина, достигшего 18 летнего возраста в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя, отчество данного гражданина, в графе «действующего от имени и в интересах \_\_\_\_\_\_ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)», делается отметка «самого себя». В разделе «Реквизиты и подписи сторон» указываются паспортные данные гражданина. Ставится подпись гражданина.

4.2. В случае обращения за оказанием медицинской помощи несовершеннолетнего гражданина в возрасте от 14 до 18 лет:

4.2.1. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 16 до 18 лет объявленные полностью дееспособными, если таковое решение было принято органом опеки и попечительства или по решению суда. В данном случае договор заключается непосредственно с данным лицом в порядке, указанном для заключения договора с совершеннолетним гражданином, достигшим 18-летнего возраста. Помимо паспортных данных в данном случае указываются реквизиты решения органа опеки и попечительства или суда, которым гражданин объявлен полностью дееспособным.

4.2.2. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 14 до 18 лет, заявившие о своем праве заключить договор самостоятельно, вправе заключить такой договор только с письменного согласия родителей.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина, в графе «действующего от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)», делается отметка «самого себя». В разделе «Реквизиты и подписи сторон» указываются паспортные данные гражданина (при отсутствии паспорта данные свидетельства о рождении). Ставится подпись гражданина в графе «Несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия представителей».

К договору прикладывается письменное согласие законного представителя с указанием следующих данных:

- фамилия, имя и отчество законного представителя;

- сведения о том, кем приходится представитель несовершеннолетнему (родитель, усыновитель, попечитель);

- данные документа, удостоверяющего право представительства (только для попечителя) либо указывается «на основании данных паспорта».

- паспортные данные законного представителя.

- ставиться подпись законного представителя.

4.2.3. Несовершеннолетние граждане в возрасте от 14 до 18 лет, не заявившие о своем праве заключить договор самостоятельно.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество законного представителя, в графе «действующего от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)» ставятся фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина.

В разделе «Реквизиты и подписи сторон»

В разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись законного представителя, в разделе «Потребитель» указываются данные несовершеннолетнего гражданина.

Несовершеннолетний пациент знакомится с содержанием договора и удостоверяет его с согласия законным представителей в графе «Несовершеннолетний от 14 до 18 лет, с согласия представителей».

4.3. В случае необходимости оказания медицинской помощи несовершеннолетнему

гражданину в возрасте до 14 лет либо совершеннолетнему гражданина лишенному на основании решения суда дееспособности договор заключается с законным представителем данного гражданина.

В данном случае в преамбуле договора в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество законного представителя, в графе «действующего от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)» ставятся фамилия, имя и отчество несовершеннолетнего гражданина.

В разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись законного представителя, в разделе «Потребитель» указываются данные несовершеннолетнего гражданина.

4.4. Законными представителями во 2 и 3 случаях могут быть родители, усыновители или попечители. Полномочия родителей и усыновителей проверяются по данным паспорта и свидетельства о рождении ребенка, полномочия попечителей – по удостоверению попечителя. Единой установленной формы удостоверения не существует, главное – в удостоверении должны содержаться сведения о факте установления попечительства с указанием попечителя и находящего на попечительстве. Если удостоверение отсутствует, должно быть соответствующее разрешение органов опеки и попечительства.

4.5. Во всех перечисленных случаях возможно заключение договора на оказание медицинских услуг с оплатой третьими лицами. Возможно заключение данных договоров в случае оплаты родителями медицинских услуг пациентам, достигшим 18 летнего возраста – учащимся/студентам, но не имеющим самостоятельных доходов, в случае оплаты медицинских услуг престарелым родителям и т.д. при желании клиента.

В данном случае, договоры заключаются по вышеуказанным правилам, но в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество совершеннолетнего гражданина, намеревающегося заключить договор и оплатить услуги, в графе «действующего от имени и в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в дальнейшем именуемый «Потребитель»)» указывается лицо, в отношении которого заключается договор, в разделе «Реквизиты и подписи сторон» в разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись заказчика, в разделе «Потребитель» указываются данные и ставится подпись лица в отношении, которого заключается договор.

1. В случае, если физическое лицо намеревается получить единичную услугу – первичный прием (осмотр, консультация) любого врача – специалиста, с данным физическим лицом заключается договор по типовой форме на оказание услуг при лечении по утвержденной форме. При необходимости оказания в рамках данного приема дополнительных услуг, врач-специалист предварительно согласовывает с Потребителем, а в случае, если Заказчик и Потребитель не совпадают, то и с Заказчиком и с Потребителем необходимость оказания дополнительной услуги и ее цену и при условии получения письменного согласия, оказывают услугу.

Во всех остальных случаях с физическим лицом заключается договор по типовой форме на оказание единичной услуги по утвержденной форме.

1. Возможно заключение договора долгосрочного с физическим лицом в отношении него и членов его семьи. В данном случае обязательно соблюдение требований, изложенных в пункте 3 настоящей инструкции, о предварительном получении информированных согласий всех членов семьи.
2. Договор составляется по количеству участников договора.

***Информированное добровольное согласие к п.3.1.1.***

***на оказание платных медицинских услуг***

"­­\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_карта пациента N \_\_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в государственном автономном учреждении здравоохранения **«**Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) оплатить лечение.

5. Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.

7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.

8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (Заказчик):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения к п.3.1.4.

«Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи»

***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство***

"­­\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_карта пациента N \_\_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно заявляю о согласии на медицинское вмешательство в форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_.

(вариант медицинского вмешательства)

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

***Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача к п. 3.1.4***

***при оказании платных медицинских услуг***

"­­\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_карта пациента N \_\_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в государственном автономном учреждении здравоохранения **«**Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован, осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

**Согласие на обработку персональных данных** к п.3.1.5.

Я, нижеподписавшийся (аяся), проживающий(ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт №, выдан (дата, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06г.№152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие ГАУЗ **«**Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи» (далее -Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**с гражданами**

ДОГОВОР № \_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи», действующее на основании свидетельства\_\_ОГРН\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное ИФНС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающую в себя работы (услуги), согласно Приложению 1 к Договору, в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель, Учреждение», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
   1. Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Потребитель оплатить следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Дата, время оказания** | **Специалист, категория** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого** | | | | |

1. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Потребителя о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Потребителем рекомендаций специалистов Исполнителя;

- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;

-предупреждать Потребителя, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя.

2.2.Потребитель обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3.Потребитель имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1.Потребитель производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения .

4.Ответственность сторон

4.1.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2.Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Потребителем предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3.Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4.Исполнитель несет ответственность перед Потребителем только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.Особые условия

5.1.Потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2.Потребителю разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1.Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7.Порядок рассмотрения споров

7.1.В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2.При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.Заключительные положения

8.1.Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

9.Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»

БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКАТО

Тел/факс

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Один экземпляр договора получен

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_/

**с несовершеннолетним**

ДОГОВОР № \_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи», действующее на основании свидетельства\_\_ОГРН\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное ИФНС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающую в себя работы (услуги), согласно Приложению 1 к Договору, в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель, Учреждение», с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
   1. Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Дата, время оказания** | **Специалист, категория** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого** | | | | |

1. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Заказчика о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения заказчиком рекомендаций специалистов Исполнителя;

- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;

-предупреждать заказчика, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия заказчика.

2.2.Заказчик обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3.Заказчик имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1.Заказчик производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения .

4.Ответственность сторон

4.1.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2.Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Заказчиком предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3.Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4.Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.Особые условия

5.1.Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2.Заказчику разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1.Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7.Порядок рассмотрения споров

7.1.В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2.При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.Заключительные положения

8.1.Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

9.Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Один экземпляр договора получен

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК ПОТРЕБИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О гл. врача/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

с согласия представителя

**недееспособному**

ДОГОВОР № \_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения **«**Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи», действующее на основании свидетельства\_\_ОГРН\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное ИФНС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающую в себя работы (услуги), согласно Приложению 1 к Договору, в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель, Учреждение», с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
   1. Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Дата, время оказания** | **Специалист, категория** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого** | | | | |

1. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Заказчика о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения заказчиком рекомендаций специалистов Исполнителя;

- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;

-предупреждать заказчика, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия заказчика.

2.2.Заказчик обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3.Заказчик имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1.Заказчик производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения .

4.Ответственность сторон

4.1.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2.Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Заказчиком предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3.Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4.Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.Особые условия

5.1.Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2.Заказчику разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1.Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7.Порядок рассмотрения споров

7.1.В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2.При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.Заключительные положения

8.1.Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

9.Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ **«**Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»

05401369000

Тел/факс

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Один экземпляр договора получен

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

(представитель недееспособного гр.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Березкин Н.Л./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_/

**с организацией**

ДОГОВОР № \_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи», действующее основании свидетельства\_\_ОГРН\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданное ИФНС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, включающую в себя работы (услуги), согласно Приложению 1 к Договору, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ \_номер\_\_серия, выданное\_\_\_\_\_\_\_\_\_,в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель, Учреждение», с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
   1. Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

Расчет стоимости медицинских услуг производится на основании утвержденного исполнителем прейскуранта, действующего на момент оказания услуги, в соответствии с необходимым по медицинским показаниям объемом медицинской помощи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Права и обязанности сторон

2.1.Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Заказчика о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения заказчиком рекомендаций специалистов Исполнителя;

- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;

-предупреждать заказчика, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия заказчика.

2.2.Заказчик обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3.Заказчик имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1.Заказчик производит расчет путем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Ответственность сторон

4.1.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2.Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Заказчиком предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3.Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4.Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.Особые условия

5.1.Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2.Заказчику разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1.Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7.Порядок рассмотрения споров

7.1.В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2.При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.Заключительные положения

8.1.Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

8.2. Заказчик обязуется предоставить Потребителю по его требованию экземпляр настоящего Договора.

9.Подписи и реквизиты сторон

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Подписи сторон

Один экземпляр договора получен

Приложение к договору

СМЕТА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи» в лице главного врача ФИО, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, составили настоящую смету о нижеследующем:

Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Дата, время оказания** | **Специалист, категория** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого** | | | | |

Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ «Краевой клинический центра специализированных видов медицинской помощи»

ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Один экземпляр сметы получен

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК ПОТРЕБИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Ф.И.О гл. врача/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­/ \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­/