**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

г-Улан-Удэ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.

**Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №6»** (далее - ГАУЗ «ГП №6»), адрес: г. Улан-Удэ, ул. Московская, д. 1, ОГРН 1020300976585, ИНН 0323053779 Свидетельство серии 03 № 001606398 о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, зарегистрированный в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №9 по Республике Бурятия, лицензия № ЛО41-01171-03/00326448 от 11.11.2020, выданная МЗ РБ адрес: г.Улан-Удэ, ул. Ленина, 54. т.425576, в лице главного врача Аюшина Игоря Климентьевича действующего на основании Устава именуемого в дальнейшем «**Исполнитель**» с одной стороны и **гражданин**, (Ф.И.О., законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице представителя (ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» с другой, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг согласно Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023 **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать **Заказчику** платную медицинскую услугу.

1.2. Вид услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина получения платных услуг (подчеркнуть)

- **Заказчик** оплачивает данный вид услуг и ему известно, что данная услуга входит в Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению;

- отсутствие соответствующих медицинских услуг в действующей Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению;

- отсутствие у Заказчика права на получение медицинской помощи в рамках госгарантий;

- желание Заказчика получить медицинскую услугу по сопутствующему заболеванию, или сверх объема, предусмотренного медико - экономическими стандартами.

**2. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты**

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия **Заказчика** с условием заключения дополнительного договора и оплатой по утвержденному прейскуранту.

2.2. Оплата медицинской услуги производится **Заказчиком** в порядке предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу ГАУЗ «ГП №6» до оказания медицинской помощи или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

**3. Условия и сроки оказания услуг**

3.1. Срок оказания медицинской услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2. Услуги оказываются по адресу **Исполнителя**: г. Улан-Удэ, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. **Исполнитель** обязан:

- оказать **Заказчику** квалифицированную и качественную медицинскую услугу

- предоставить **Заказчику** доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге

- обеспечить кабинеты специалистов необходимым оборудованием и инструментарием, необходимыми лекарственными средствами

4.2. **Исполнитель** в праве: Получать оплату за оказанные услуги в размере и порядке, которые предусмотрены настоящим Договором.

4.3. **Заказчик** обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуги;

- сообщить сведения о состоянии здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные препараты, о заболеваниях, которые могут повлиять на оказываемую услугу, строго выполнять рекомендации врача.

4.4. **Заказчик** имеет право на предоставление информации о медицинской услуге.

**5.Ответственность сторон**

5.1. Стороны при неисполнении или ненадлежащем исполнении своих обязательств по Договору несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**6.Прочие условия**

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением **Заказчиком** данного вида услуги.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны

6.4. Взаимоотношения сторон, не урегулированные настоящим договором, регламентируются действующим законодательством РФ.

**Исполнитель**

Главный врач ГАУЗ «ГП №6»

**Заказчик** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Аюшин И.К.