|  |
| --- |
| **ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. |  |  |  | г. Йошкар-Ола |
| **Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Центр патологии речи и нейрореабилитации»,** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михайловской Ирины Николаевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: |
| 1. **Термины, сведения о сторонах договора и оказываемых услугах**
 |
| 1.1.**Термины**, используемые в настоящем договоре:"Исполнитель" - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором."Потребитель" - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим договором."Заказчик" - лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя.В случае, если Заказчик и Потребитель совпадают в одном лице, Заказчик далее именуется Потребителем.1.2. **Сведения об исполнителе**:**Наименование**: ГБУ РМЭ «Центр патологии речи и нейрореабилитации»**Адрес**: 424031, г. Йошкар-Ола, ул. Пролетарская, д. 65, телефон (8362) 64-46-58 **Адрес электронной почты**: cprnr12@yandex.ru**ОГРН** 1021200781986 **ИНН** 1215060869**Адрес сайта в сети «Интернет»** <https://mari-el.gov.ru/ministries/minzdrav/cprn/>**Лицензия на медицинскую деятельность** Л041-00110-12/00588099 от 25.09.2012, выдана бессрочно Министерством здравоохранения Республики Марий Эл (г. Йошкар-Ола, наб. Брюгге 3). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике.При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях : по педиатрии;При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, психотерапии, сурдологии-оториноларингологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии.При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: аллергологии и иммунологии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, психиатрии.При осуществлении специализированной помощи по: аллергологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, контролю качества медицинской помощи, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, психиатрии, психотерапии, сурдологии-оториноларингологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологииПри проведении медицинских экспертиз по : экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи;При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым),**Сведения о потребителе**: ФИ.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес, на которые направляются ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Сведения о законном представителе потребителя (при наличии):**- Ф. И. О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Сведения о заказчике (при наличии,** в т.ч. если заказчик и законный представитель являются одним лицом**):**- Ф. И. О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1.3. Информация об оказываемых услугах** приведена в Приложении № 1 к договору, являющемуся его неотъемлемой частью. |
| 1. **Предмет договора**

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать, а Заказчик принять и оплатить следующие медицинские услуги: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Наименование услуги согласно Прейскуранта цен** | **стоимость услуги, в руб.** | **Количество услуг** | **Сумма, в руб.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. Условия и сроки ожидания услуг** |
| 3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного информированного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) , данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.3.2. Платные медицинские услуги оказываются по адресу: Йошкар-Ола, ул. Пролетарская, д. 65.3.3. Сроки ожидания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  |
| **4. Права и обязанности сторон** |
| 4.1.**Исполнитель обязан**:4.1.1. Оказать услуги своевременно и качественно в соответствии с требованиями, предъявляемым к услугам соответствующего вида.4.1.2.Вести необходимую медицинскую документацию в установленном законодательством РФ порядке.4.1.3. Выдать Потребителю после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изде-лиях, без взимания дополнительной платы.4.1.4. Выдать Потребителю (Заказчику) документ, подтверждающий факт оплаты оказанных услуг (кассовый чек).4.2. **Исполнитель вправе**:4.2.1. Не оказывать платные медицинские услуги в случае выявления медицинских противопоказаний, а также возникновения иных обстоя-тельств, препятствующих их оказанию (несоблюдения Потребителем правил подготовки к оказанию услуги, нахождения Потребителя в со-стоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения и тп.).4.2.2. Привлечь для исполнения обязательств по договору третье лицо, при условии наличия у него всех разрешительных документов на их оказание.**4.3. Потребитель (Заказчик) обязан:**4.3.1. Сообщить Исполнителю полную и достоверную информацию о жалобах, аллергических реакциях, имеющихся заболеваниях, изменениях в состоянии здоровья и иных обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.4.3.2. Соблюдать режим лечения (правила подготовки к оказанию услуг, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя в ходе оказания услуг и по их окончании), в том числе определенный на период их нетрудоспособности, и правила поведения пациента у Исполнителя.4.3.3. Оплатить услуги в порядке, предусмотренном настоящим договором.**4.4. Потребитель (Заказчик) вправе**:4.4.1. Получать информацию об Исполнителе и оказываемых услугах4.4.2. В любой момент отказаться от оказания услуг с возмещением Исполнителю фактически понесенных до момента отказа расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.4.4.3. Предъявлять требования в случае некачественного оказания услуг в соответствии с законодательством РФ. |
|  |
| **5. Срок и порядок оплаты услуг** |
| 5.1. Стороны пришли к соглашению, что оплата услуг производится до окончания оказания услуг. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным путем по выбору Потребителя (Заказчика). |
|  |
| **6. Ответственность сторон** |
| 6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством РФ.6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в случае, если оно произошло вследствие непреодолимой силы и в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. |
| **7. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора** |
| 7.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя, а в случае, если Потребитель и Заказчик не совпадают в одном лице – в 3-х экземплярах, по одному для каждой из сторон. |
| 7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору. |
| 7.3.Изменение и расторжение договора осуществляется по соглашению сторон, в одностороннем порядке – в случаях, предусмотренном действующим законодательством РФ. |
| 7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.**8. Подписи сторон** |
|   |
|  |
| **От Исполнителя** | **Заказчик** |
|  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /И.Н. Михайловская/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  **Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  |
|  |
|  |

Приложение № 1 к договору на оказание платных медицинских услуг

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ УСЛУГАХ**

1. До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Исполнитель ознакомил Потребителя (Заказчика) с информацией об оказываемых платных медицинских услугах, в том числе:

- о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (их профессиональном образовании и квалификации);

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при оказании платных услуг;

- о правилах оказания платных медицинских услуг, правилах подготовки к их оказанию, времени оказания услуг, правилах распорядка Исполнителя;

- о ценах на платные медицинские услуги, установленными льготах при их оказании.

2. Потребителю (Заказчику) была предоставлена в доступной форме информация о порядке получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Республике Марий Эл. Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание платных медицинских услуг.

3. Потребитель (Заказчик) проинформирован и согласен на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций и медицинских вмешательств, входящих в стандарт оказания медицинской помощи.

4. Исполнитель уведомил 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.

5. Обращение (жалоба) по вопросам оказания платных медицинских услуг может быть направлена Исполнителю в письменной форме по почтовому адресу или на адрес электронной почты, указанный в настоящем договоре или в электронной форме путем заполнения формы электронного обращения на официальном сайте учреждения.

6. Иная информация об Исполнителе и оказываемых услугах размещена на информационных стендах и сайте Исполнителя в сети «Интернет» (https://mari-el.gov.ru/ministries/minzdrav/cprn/)

|  |  |
| --- | --- |
| **От Исполнителя** | **Заказчик** |
|  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /И.Н. Михайловская/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
|  |  **Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |