**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Йошкар-Ола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Поликлиника № 1 г. Йошкар-Олы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Должность, фамилия имя отчество (при наличии))

действующего на основании Доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и

(Дата выдачи Доверенности)

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

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) Потребителя (Заказчика))

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

**1. Термины, сведения о сторонах договора и оказываемых услугах**

1.1. **Термины**, используемые в настоящем договоре:

**"Платные медицинские услуги"** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

**"Заказчик"** – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**"Потребитель"** – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**"Исполнитель"** – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

Понятие "потребитель" применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей". Понятие "медицинская организация" употребляется в значении, определенном Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.2. **Сведения об Исполнителе**:

Наименование: Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Поликлиника № 1 г. Йошкар-Олы»

Адрес: 424006, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, пр-кт Гагарина, д. 15

ОГРН 1021200756830 ИНН 1215038172

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01131-12/00343357 от 12.12.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Республики Марий Эл, г. Йошкар-Ола, наб. Брюгге, д. 3, тел. 22-21-98. Срок действия; бессрочно.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией приводится в Приложении № 1 к настоящему Договору.

**Сведения о Потребителе** (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

\*при анонимном обращении сведения зафиксированы со слов Потребителя

**Сведения о законном представителе Потребителя или лице, заключающем договор от имени Потребителя** (при наличии)**:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

**Сведения о Заказчике** (в т.ч. если заказчик и законный представитель являются одним лицом) (при наличии)**:**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные документа, удостоверяющего личность Заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

Данные документа, удостоверяющего личность законного представителя Потребителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, номер, наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи документа)

**2. Предмет договора**

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать, а Потребитель (Заказчик) принять и оплатить следующие платные медицинские услуги (далее – Услуги):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Перечень (наименование) Услуг, предоставляемых**  **в соответствии с договором** | **Стоимость Услуги, в руб.** | **Количество Услуг** | **Сумма, в руб.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |

Услуги оказываются по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.2. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с Перечнем платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (далее – Прейскурант) до заключения договора.

**3. Сроки и порядок оплаты Услуг**

3.1. С согласия Потребителя (Заказчика) Услуги оплачиваются в полном размере на условиях 100% предоплаты.

3.2. Оплата производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным не запрещенным законом способом по выбору Потребителя (Заказчика).

**4. Условия и сроки ожидания Услуг**

4.1. Необходимым предварительным условием оказания Услуги является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.2. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – стандарт медицинской помощи).

4.3. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).

4.4. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют не более 10 рабочих дней.

**5. Права и обязанности сторон**

**5.1. Исполнитель обязан**:

5.1.1. Оказать своевременно и качественно услугу в соответствии с настоящим Договором.

5.1.2.Вести необходимую медицинскую документацию в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5.1.3. 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 изделиях, без взимания дополнительной платы.

5.1.4. Выдать Потребителю (Заказчику) документ, подтверждающий факт оплаты оказанных услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

5.1.5. Соблюдать режим конфиденциальности и врачебной тайны при оказании Услуг.

**5.2. Исполнитель вправе**:

5.2.1. Не оказывать (в т.ч. прекратить или приостановить) Услуги в случае выявления медицинских противопоказаний, а также при возникновении иных обстоятельств, препятствующих оказанию Услуг (неисполнение Потребителем (Заказчиком) своих обязанностей, нахождение Потребителя (Заказчику) в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения и т.п.). При этом Исполнитель возмещает Потребителю (Заказчику) стоимость не оказанной Услуги.

**5.3. Потребитель (Заказчик) обязан:**

5.3.1. Сообщить Исполнителю полную и достоверную информацию о жалобах, аллергических реакциях, имеющихся заболеваниях, изменениях в состоянии здоровья (в т.ч. в период оказания Услуг) и иных обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

5.3.2. 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.

5.3.3. Согласовывать с медицинским персоналом Исполнителя употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.п. в период оказания Услуги.

5.3.4. Оплатить Услуги в порядке, предусмотренном настоящим договором.

**5.4. Потребитель (Заказчик) вправе**:

5.4.1. Получать информацию об Исполнителе и оказываемых Услугах

5.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

**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.

6.3. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанных Услуг, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.4. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в следующие государственные органы:

|  |  |
| --- | --- |
| **Министерство здравоохранения**  **Республики Марий Эл** | 424033, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола,  наб. Брюгге, д. 3,  телефон: 8(8362)45-73-26,  факс: 8(8362)45-73-27,  E-mail: [minzdrav@mari-el.ru](mailto:minzdrav@mari-el.ru) |
| **Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Марий Эл** | 424007, г. Йошкар-Ола, ул. Машиностроителей, д. 121,  телефон: 8(8362)68-19-97,  факс: 8(8362)68-19-30,  E-mail: [sanepid@12.rospotrebnadzor.ru](mailto:sanepid@12.rospotrebnadzor.ru) |
| **Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Марий Эл** | 424000, г. Йошкар-Ола, Ленинский проспект,  д. 24а, каб. 501  тел./факс: 8(8362)42-67-04, 8(8362)42-31-41,  8(8362)45-71-56,  E-mail: [info@reg12.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg12.roszdravnadzor.gov.ru) |

Адрес электронной почты Исполнителя, на который может быть направлено обращение (жалоба):

[mail@polik1yola.ru](mailto:mail@polik1yola.ru).

**7. Иные условия договора**

7.1. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

7.2. При исполнении настоящего договора Стороны руководствуются Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Положением об организации платных медицинских услуг в ГБУ РМЭ «Поликлиника № 1 г. Йошкар-Олы» и другими нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения и защиты прав потребителей.

**8. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах (а в случае, если Потребитель и Заказчик не являются одним лицом – в 3-х экземплярах), по одному для каждой из сторон.

8.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по договору.

8.3.Изменение и расторжение договора осуществляется по соглашению сторон либо в одностороннем порядке (в случаях, предусмотренном действующим законодательством РФ).

8.4. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Подписи сторон** | |
|  | |
| **Исполнитель**  ГБУ РМЭ «Поликлиника № 1  г. Йошкар-Олы» | **Потребитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Ф.И.О.) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (Подпись) (Ф.И.О.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) |
|  | **Заказчик**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Ф.И.О.) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) |

**АКТ приемки сдачи оказанных услуг по Договору** от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г

г. Йошкар-Ола «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Мы, нижеподписавшиеся представитель ГБУРМЭ «Поликлиника № 1 г. Йошкар-Олы» и Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ составили настоящий акт о нижеследующем:

Услуги оказаны в полном объеме, к срокам оказания и качеству услуг претензий нет.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель»  ГБУ РМЭ «Поликлиника № 1  г. Йошкар-Олы» | «Потребитель (Заказчик)»  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

Приложение № 1 к договору

на оказание платных медицинских услуг

**Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность**

**в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности**

**№ ЛО41-01131-12/00343357 от 12.12.2018 г.**

**При оказании первичной медико-санитарной помощи** организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; косметологии; медицинской реабилитации; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии; медицинской реабилитации; неврологии; психиатрии-наркологии; травматологии и ортопедии;

**При оказании паллиативной медицинской помощи** организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

**При проведении медицинских экспертиз** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности;

**При проведении медицинских осмотров** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

**При проведении медицинских освидетельствований** организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.