

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на предоставление платных медицинских услуг**  
**в ГБУРК «Санаторий «Долоссы»**

г. Ялта

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Санаторий «Долоссы»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Усова Александра Вячеславовича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-82-01-000562 от 17.01.2018 выданной Министерством здравоохранения Республики Крым, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, далее «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данные услуги:

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество процедур	Цена	Сумма
1					

Всего оказано услуг 1 на сумму: \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп., в т.ч.: НДС - \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

1.2. Срок оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую 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.

- 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.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.8. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 1.1 настоящего договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5.Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, а именно: паспортные данные; сведения о месте проживания и регистрации; диагноз; результаты исследований; сведения о назначенных процедурах; принимаемых лекарственных средствах.

### 3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1.Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

3.2.Потребитель осуществляет 100 %-ную предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.

3.3.В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанными услугами. Остаток суммы, ранее уплаченной суммы возвращается Потребителю.

3.4.В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

### 4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.4 настоящего договора.

### 5. Конфиденциальность

5.1.Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2.Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его лечении (медицинская тайна).

### 6.Заключительные положения

6.1.До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2.Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3.Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.4. Заключая договор, Потребитель даёт согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора.

6.5. Договор составляется в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй — у Потребителя.

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

Исполнитель	Потребитель (Заказчик)
<b>Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Санаторий «Долоссы»</b>  Адрес: 298653, Россия, Республика Крым, г. Ялта, пгт. Советское <a href="mailto:dolossy.zakazputevok@mail.ru">dolossy.zakazputevok@mail.ru</a> <a href="mailto:dolossy.resort@mail.ru">dolossy.resort@mail.ru</a>  <b>Банковские реквизиты:</b> Получатель: ИНН 9103016841 КПП 910301001 Банк ОКЦ №1 ВВГУ Банка России/ УФК по Нижегородской обл., г.Нижний Новгород р/с 03224643350000003200 БИК 012202102 л/с 802Э0566000  Директор _____ А. В. Усов	ФИО _____ дата рождения _____ Паспорт серия _____ № _____ выдан _____ Адрес места жительства: _____ Адрес для направления корреспонденции (если отличается от адреса места жительства): _____ Номер телефона: _____ e-mail: _____ _____ /_____ Подпись _____ расшифровка подписи _____