ДОГОВОР

о предоставлении платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики "Консультативно-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики", именуемый в дальнейшем "Исполнитель", сотрудник, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и гражданин(ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1.Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту на возмездной основе следующие платные медицинские услуги, соответствующее требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, и именуемые в дальнейшем "медицинские услуги", а Пациент обязуется принять и оплатить оказываемые Исполнителем услуги.

1.2.Стоимость услуг определяется на основании действующего на момент оказания услуг прейскурантом цен Исполнителя и составляет:

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

1.3.Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до оказания Исполнителем медицинских услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу суммой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Порядок оказания услуг**

2.1.В оговоренное с Пациентом время в пределах режима работы лечебного учреждения Исполнитель оказывает медицинские услуги, определяет методы и возможности лечения, предполагаемые результаты, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических мероприятий н подробно информирует об этом Пациента.

2.2.Подписанием настоящего договора, Пациент свидетельствует, что медицинские услуги оказываются ему при условии получения им полной информации о возможности и порядка получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения, в том числе в учреждении Исполнителя, в рамках гарантированного законодательством объема бесплатной медицинской помощи, исходя из его возможностей. До сведения Пациента доведена информация о правилах оказания данных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, обеспечивающих реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в УР.

2 .3 Пациент, сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, добровольно избрал способ оказания услуг на платной основе, о чем им оформлено Заявление об оказании платных медицинских услуг (приложение №1 к настоящему договору) ;

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. Пациент обязуется:

3.1.1. сообщить врачу сведения о наличии у него заболеваний и противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедуру.

3.1.2. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

3.1.3. оплатить медицинские услуги в порядке определенном п. 1.3. настоящего договора.

3.1.4. строго выполнять все рекомендации и предписания врача.

3.1.5. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения обследования или лечения.

3.1.6. являться на прием к врачу в назначенный срок; заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.1.7. согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарственных средств, трав, мазей и т.п. помимо назначенных лечащим врачом.

3.1.8. при проведении Холтерского мониторирования ЭКГ, суточного моннторирования АД вернуть аппарат Исполнителю в точно назначенное время.

**3 .2. Пациент имеет право:**

3.2.1. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной, понятной форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов.

3.2.2 требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (соблюдения врачебной тайны).

**3.3.Исполнитель обязуется:**

3.3.1 оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с методами диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.3.2. соблюдать конфиденциальность всей информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья( врачебную тайну).

3.3.3. предоставить Пациенту информацию, включающую в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне услуг, с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг.

**3.4. Исполнитель имеет право:**

3.4.1 .требовать от Пациента соблюдения графика прохождения процедур и внутреннего режима пребывания в лечебном учреждении.

В случае пребывания Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения Исполнитель оставляет за собой право отказать в предоставлении медицинских услуг в назначенную дату и перенести срок ее предоставления.

**4. Ответственность сторон**

4.1.В случае задержки возврата регистратора суточного мониторирования ЭКГ, АД каждый день его задержки оплачивается Пациентом в размере стоимости такого мониторирования. Ответственность за сохранность переданного пациенту медицинского оборудования пациент несет в соответствии с действующим законодательством.

4.2.За утерю Пациентом медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами. Исполнитель ответственности не несет. В случае получения новой медицинской справки о допуске к управлению транспортными средствами, Пациент обязан оплатить полную стоимость данной медицинской услуги.

4 .3. Если, по результатам осмотра врача-специалиста при прохождении медицинского освидетельствования дня допуска к управлению транспортным средством у Пациента есть наличие медицинских противопоказаний для допуска к управлению транспортным средством, то Исполнитель обязуется вернуть денежные средства за те, платные медицинские услуги, которые Пациенту не были фактически оказаны.

4 .4 . Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

**5. Сведения об исполнителе**

5.1. Исполнитель осуществляет свою медицинскую деятельность на основании лицензии № JIO-18-01-002161 от 22 декабря 2016г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельностью при Правительстве Удмуртской Республики (УЛМД УР) (426039, УР г.Ижевск, ул.Воткинское шоссе, д.57,9 блок, тел./3412/20-49-11).

Работы (услуги), выполняемые:

1 при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу, диетологии, лабораторной диагностике, лечебному делу, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике. 2. при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: восстановительной медицине, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, контролю качества медицинской помощи, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, психотерапии, ревматологии, рентгенологии, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, эндоскопии. б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности, в) при осуществлении специализированной помощи: акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, клинической фармакологии, контролю качества медицинской помощи, косметологии (терапевтической), мануальной терапии, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), профпатологии, пульмонологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, хирургии, стоматологии терапевтической, экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе на право владения оружием, экспертизе профпригодности. 3. при осуществлении стационарной медицинской помощи в том числе: а) при осуществлении первичной медико- санитарной помощи по: восстановительной медицине, клинической лабораторной диагностике, контролю качества медицинской помощи, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, терапии, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, б) при осуществлении специализированной медицинской помощи: клинической фармакологии.

5 .2 Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 18 № 003111495 выдано ИНФС по Октябрьскому району г. Ижевска.

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает всипу со дня его подписания и действует до полного выполнения Услуг (подтверждением исполнения Услуг является заключение по результатам обследования или выписка из истории болезни).

6.2. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из Сторон.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

**7. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  БУЗУР «КДЦ МЗУР»  Свободы ул., д. 228, Ижевск, 426057  тел. (3412) 78-16-93 факс (3412) 78-50-41 БИК 049401001  ИНН 1831143730 КПП 183101001  л/с 20855721660, р/с 40601810500003000001 | **Пациент** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/