**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Тюмень **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_ г.**

**Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Западно-Сибирский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице главного врача Тюменской больницы ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России Боярской Л.А., действующего на основании доверенности № Ф-1/19-05 от 09.10.2019г и гражданин Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

именуемый в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.Предмет Договора**

* 1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг.
  2. Исполнитель обязуется оказать Пациенту за плату медицинскую(ие) услугу(и), указанную(ые) в п. 1.3 настоящего договора.
  3. Наименование платной(ых) медицинской(их) услуг(и) (далее - «Услуги»), предоставляемой(ых) Пациенту:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование Услуги | Стоимость |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Общая стоимость Услуг оставляет:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Срок оказания Услуг с «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

**2.Права и обязанности Исполнителя**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1.Оказать Услуги, соответствующие требованиям, предъявлянным к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.1.2.Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечни платных медицинских Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Не оказать Услуги Пациенту в случае неоплаты стоимости Услуг.

**3. Права и обязанности Пациента**

3.1. Пациент обязан:

3.1.1. Оплатить стоимость предоставляемых Услуг в соответствии с прейскурантом цен, действующим у Исполнителя на момент оказания Услуги.

3.1.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе и о наличии у него непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного медицинского вмешательства в организм, а также о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуры лечения.

3.1.3. Соблюдать действующий внутренний распорядок Исполнителя, осуществлять применение всех назначенных ему препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом. Своевременно информировать лечащего врача об ухудшении состояния здоровья, в том числе и из-за оказанных Услуг.

3.2. Пациент имеет право:

3.2.1. Требовать предоставления Услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата.

3.2.2. Расторгнуть договор в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

**4. Порядок расчетов**

4.1.Оплата Услуг по настоящему Договору производится Пациентом в форме 100% предварительной оплаты стоимости Услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя. Допускается оплата Услуг в безналичном порядке.

4.2. Перерасчет за излишне оплаченные Услуги производится Исполнителем в течение 10 дней с момента написания Пациентом соответствующего заявления.

4.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных Услуг, не предусмотренных настоящим Договором, они выполняются с согласия Пациента с оплатой по прейскуранту Исполнителя.

4.4. Исполнитель после оплаты стоимости Услуг наличными денежными средствами выдает Пациенту чек или квитанцию установленного образца, подтверждающие прием наличных денег.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение/ненадлежещее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажет, что неисполнение илиненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Пациентом установленных правил оказания Услуг, в т.ч. несообщения Пациентом сведений, указанных в п. 3.1.2 настоящего договора, Исполнитель также освобождается от ответственности при наличии обстоятельств, указанных в п. 6.4 настоящего договора.

**6. Особые условия**

6.1. Исполнитель действует в соответствии с лицензией № ФС-72-01-001180 от 04.07.2019г., выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Омской области (адрес места нахождения: 644024, Россия, г. Омск, ул. Сенная, 22, телефон 8 (3812) 20-11-04) без ограничения срока действия, на осуществление медицинской деятельности в т.ч. при оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, при оказании специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи, при оказании паллиативной медицинской помощи, при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз.

6.2. Пациент, подписывая настоящий договор, подтверждает, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию о возможности предоставления ему бесплатных(ой) медицинских(ой) Услуг(и) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор оказания ему Услуг в соответствии с прейскурантом цен, действующим у Исполнителя.

6.3. Пациент, подписывая настоящий договор, подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей Услуг и условий их предоставления.

6.4. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания Услуг не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, Исполнитель не несет ответственности за наступление побочных эффектов и осложнений, если Услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

6.5. При наличии тяжелого сопутствующего заболевания или пожилого возраста Пациенту необходимо иметь сопровождающее его лицо для обеспечения всех рекомендаций врача и индивидуального ухода.

6.6. Пациент проинформирован:

6.6.1. о возможности получения медицинских услуг в других лечебных учреждениях;

6.6.2. о возможностях и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг.

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

(подпись Пациента)

7.**Заключительные положения**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Споры, возникающие в процессе исполнения настоящего договора, по вопросам не предусмотренными условиями договора, Стороны разрешают в претензионном порядке, руководствуясь действующим законодательством РоссийскойФедерации. При не достижении согласия споры и разногласия рассматриваются в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.4. К настоящему договору прилагается:

7.4.1.копия лицензии (Приложение № 1 к настоящему договору).

**8.Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»:**  ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России  644033, РФ, г. Омск,  ул. Красный Путь, д.127  **Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года, серии 55 № 001139100 выдано Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Советскому административному округу г. Омска**  **Тюменская больница ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России** 625015, РФ, г. Тюмень, ул. Беляева, д. 1  Тел./факс: (3452) 45-94-61, 45-94-82  ИНН/КПП 5502018378/720302001  л/с 20676Ц36670 УФК по Тюменской области  р/с 40501810500002000002 в Отделение г. Тюмень  БИК 047102001 | «Пациент»: Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан кем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место прописки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Главный врач Тюменской больницы ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Боярская Л.А./ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |