**ДОГОВОР**

**об оказании платных медицинских услуг**

**г. Екатеринбург "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.**

**Гражданин(ка) (его представитель)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_медицинская карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем **«Пациент», гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемый в дальнейшем **«Заказчик**», с однойстороны, и **АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г., лицензии № , с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Исполнитель» предоставляет, а «Пациент» («Заказчик») оплачивает медицинские услуги, наименование и стоимость которых указаны в пункте 2.4 настоящего договора.

**2. Сроки оказания услуг, их стоимость и порядок расчетов**

2.1. Срок оказания услуг – непосредственно после заключения договора или в согласованный сторонами срок.

2.2. Стоимость услуг устанавливается на основании действующих на дату оказания услуг Прейскурантов на платные услуги. Оплата за пребывание в стационаре осуществляется исходя из планируемого количества дней пребывания в стационаре, стоимость данных услуг указывается в счете на оплату.

2.3. Оплата производится на условиях 100% предоплаты наличными в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету на счет «Исполнителя» по соглашению сторон.

2.4. Наименование и стоимость медицинских услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Кол-во услуг | Цена в рублях | Общая стоимость в рублях |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Стоимость медицинских услуг, с согласия Пациента, может быть изменена по результатам обследования и уточнения диагноза.

**3. Права и обязанности «Исполнителя»**

- оказать медицинскую услугу согласно настоящему договору в соответствии с лицензией и нормативными актами в сфере здравоохранения;

- в случае возникновения неотложных состояний по жизненным показаниям самостоятельно определять объем диагностических исследований, иных медицинских вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи;

- в отношении Пациента вести требуемую медицинскую документацию;

- получать от Пациента письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- соблюдать врачебную тайну в отношении сведений о Пациенте;

**4. Права и обязанности «Пациента»**

- информировать лечащего врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- при наличии медицинских или социальных показаний, установленных лечащим врачом, прибыть на лечение с сопровождающим (ухаживающим);

- не изымать из медицинской карты результаты обследований и прочую медицинскую документацию; не выносить медицинскую карту за пределы медицинской организации, в противном случае «Исполнитель» не несет ответственности за сохранность и достоверность сведений, содержащихся в медицинской карте «Пациента»;

- точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала «Исполнителя»; «Исполнитель» уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников «Исполнителя», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- дать письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от медицинского вмешательства; в случае неподписания информированного добровольного согласия или подписания отказа от медицинского вмешательства настоящий договор считается расторгнутым;

- своевременно оплатить стоимость получаемых услуг;

- при заключении договора иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, при необходимости - документ, удостоверяющий полномочия представителя;

- соблюдать правила лечебно-охранительного режима и внутреннего распорядка «Исполнителя»;

- возместить материальный ущерб в случае порчи имущества «Исполнителя».

- в письменной форме в период действия договора отказаться от получения медицинских услуг, при этом Пациенту возвращаются денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг, и настоящий договор считается расторгнутым;

**5. Ответственность сторон**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством.

5.2. «Исполнитель» не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей по договору, а так же по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Оказанная «Исполнителем» медицинская услуга считается принятой «Пациентом», если «Пациент» не заявил письменных возражений: при стационарном лечении - в течение трех рабочих дней после выписки из стационара; при амбулаторном обследовании или лечении - в течение трех рабочих дней после оказания медицинской услуги.

**6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента

исполнения обязательств.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, в случае недостижения согласия сторонами - согласно законодательству РФ. Срок рассмотрения обращений - 10 рабочих дней.

**7. Особые условия**

7.1. Пациент при подписании настоящего договора ознакомлен с лицензией, Правилами внутреннего распорядка, с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг, с Прейскурантами.

7.2. Пациент уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.3. Пациенту, по его желанию, могут быть оказаны дополнительные услуги немедицинского характера, оказываемые «Исполнителем», стоимость которых устанавливается на основании Прейскуранта.

7.4. Настоящий договор может быть изменен по соглашению сторон.

7.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.6. Настоящий договор составлен в 2-х (3-х) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Приложение. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя,

Перечень видов и объем диагностических обследований получил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

**ИСПОЛНИТЕЛЬ -** АО «Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза»

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 06.12.2002г., выдано Инспекцией МНС России по Верх-Исетскому району г.Екатеринбурга, ОГРН 1026602342073

адрес: 620149, г. Екатеринбург, улица Академика Бардина, 4А , факс: 8 (343) 231-01-33, телефон: 231-01-78

ИНН 6658018488, КПП -665801001, БИК 046577674, p/с 40702810016020101093,

к/с 30101810500000000674 Уральский банк ПАО Сбербанк

Минздрав Свердловской области, г.Екатеринбург, ул.Вайнера,34б, тел.312-00-03

Адрес Филиала (Представительства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПАЦИЕНТ (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

паспорт (серия, номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАКАЗЧИК - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

паспорт (серия, номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ПАЦИЕНТ (ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)**

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

**ЗАКАЗЧИК**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/