До момента заключения настоящего договора Исполнитель ознакомил Заказчика и Пациента (лицо, указанное в п.1.2.договора) о том, что Исполнитель *бесплатно* оказывает медицинские услуги, входящие в программу Государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Воронежской области. Подписав настоящий договор, Заказчик добровольно (и по согласованию с Пациентом- для случаев, если сам Заказчик не является Пациентом*[[1]](#footnote-1)*) обратился к Исполнителю за оказанием услуг на платной основе.

**Договор на оказание платных услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_, наряд №\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Воронеж «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая офтальмологическая больница» (лицензия ЛО-36-01-004127 от 28.04.2020г., выдана департаментом здравоохранения Воронежской области, ИНН3666018060, ОГРН 1033600044356, ЕГРЮЛ 1033600044356 от 16.08.2007г.) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Щербакова С.Я., действующего на основании Устава заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **Предмет договора**

1.1. Настоящим договором Заказчик добровольно присоединяется к условиям предоставления платных медицинских услуг, предложенным Исполнителем в тексте настоящего Договора.

1.2. Предметом настоящего договора является оказание платной медицинской услуги (далее- услуга),

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

Потребителю (далее-Пациенту)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в отделении (врачом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Заказчик и Пациент в тексте договора именуются так же как потребители услуги.

1.4. Оплата услуги производится за счет собственных средств Заказчика в порядке, указанном в п.2. Договора

1.5. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств

**2. Стоимость и порядок оплаты**

2.1. Стоимость услуги определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен Исполнителя и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

2.2. Заказчик осуществляет 100% предоплату услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

2.3. Стоимость услуги может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Пациенту дополнительных услуг, в том числе и по просьбе Заказчика (Пациента). Увеличение стоимости услуг оформляется подписанием дополнительного соглашения к договору.

**3. Права и обязанности сторон**

*3.1. Права и обязанности Исполнителя*:

3.1.1.оказать Пациенту услугу в соответствии с существующими стандартами (при наличии), клиническими рекомендациями и порядками оказания медицинской помощи, в оптимальные для оказания данной услуги сроки, с использованием разрешенных на территории РФ лекарственных средств и материалов;

3.1.2.в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем диагностических обследований и лечебных манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

3.1.3.вести необходимую медицинскую документацию;

3.1.4.в случае возникновения обоснованных претензий к качеству услуг в процессе их оказания, произвести необходимые мероприятия для их устранения.

3.1.5.соблюдать требования безопасности при оказании услуги Пациенту.

3.1.6.после оказания услуг выдать бесплатно медицинские документы (копии, выписки), по установленной форме отражающие состояние здоровья Пациента, в том числе сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, лекарственных препаратах и использованных медицинских изделиях

*3.2. Права и обязанности Заказчика*:

3.2.1.ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных услуг по настоящему договору;

3.2.2.оплатить стоимость услуги;

3.2.3.при возникновении по медицинским показаниям необходимости проведения дополнительных диагностических и лечебных мероприятий, произвести оплату за фактически выполненный объем услуг, предоставленных лекарственных средств и примененных материалов;

*3.3. Права и обязанности Пациента*:

3.3.1.предоставить Исполнителю полную и объективную информацию о состоянии здоровья, а так же имеющуюся медицинскую документацию;

3.3.2.в ходе оказания услуги получать объективную информацию о состоянии здоровья своего здоровья;

3.3.3.выполнять в период оказания услуги все лечебно-гигиенические рекомендации Исполнителя;

3.3.4.соблюдать лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

3.3.5.явиться для оказания услуг в согласованные с Исполнителем сроки;

3.3.6.сообщать Исполнителю (в том числе письменно) обо всех недостатках, возникших в процессе оказания услуги и после нее;

3.3.7.ознакомиться с текстом информированного согласия. Предоставить свое добровольное согласие на характер и объем медицинского вмешательства (В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач). Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его законным представителем);

3.3.8. не допускать причинения вреда имуществу Исполнителя.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае ненадлежащего исполнения (неисполнения) обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

Все разногласия, возникающие между сторонами при исполнении условий настоящего договора, предварительно разрешаются сторонами путем переговоров.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы (при подтверждении соответствующими документами)

**5. Дополнительные условия**

5.1 Заказчик в случае порчи Пациентом имущества Исполнителя обязуется возместить щерб в размере его 100% стоимости.

5.2. Исполнитель без согласования с Заказчиком вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор в случае нарушения Пациентом условий п. 3.3.4. Договора (возврат стоимости услуг при этом не производится).

5.3. Договор заключен на основании заявления «Заказчика».

5.4. До заключения договора Исполнителем доведена до потребителей услуг информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Потребители, подписавшие настоящий договор, ознакомлены с данной информацией в полном объеме.

5.5.Заказчик согласен, что договор со стороны «Исполнителя» может быть подписан с использованием факсимиле подписи главного врача.

5.6. Перечень условий настоящего Договора является типовым и закрытым.

5.7. В случае, если при оказании услуг Пациенту потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (Заказчика). Оказание таких услуг оформляется путем подписания нового договора.

**6. Юридические адреса сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик (Пациент) |
| БУЗ ВО «ВОКОБ» | ФИО |
| Адрес: г. Воронеж, ул. Революции 1905 г, д.22 |  |
| тел.(473)252-35-71 |  |
| ИНН3666018060 | Паспорт сер.\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| КПП 366601001 |  |
| ОГРН 1033600044356 |  |
| ОКПО 01660566 ОКОНХ 91511 |  |
| ЕГРЮЛ 1033600044356 (дата внесения записи 16.08.2007 |  |
| рег.орган Межрайонная инспекция Федеральной  налоговой службы № 12 по Воронежской  области | С текстом договора ознакомлен(а)  Присоединяюсь к предложенным  условиям договора |
| сайт организации vokob.vrn.ru; vokob.zdrav36.ru |  |
|  |  |
| Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.Я.Щербаков | Заказчик (Пациент)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

«Пациент»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(если «Заказчик» не является «Пациентом»)

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. *Заключение договора может производиться пациентом лично, либо иным лицом – супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем, лицом, действующим по доверенности и др. лицами.*  [↑](#footnote-ref-1)