Уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Подпись потребителя (заказчика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДОГОВОР N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НА ОРГАНИЗАЦИЮ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Иваново "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**ОБУЗ «ИОНД»**, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании устава(доверенности), так же по поручению и в интересах ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» с одной стороны,

**и"Заказчик"-(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

# ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

## Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за вознаграждение на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, агентских договоров с ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» организовать предоставление следующих медицинских услуг: согласно приложению №1 к договору.

*Если Потребителем является не Заказчик необходимо заполнить ФИО, дату рождения и реквизиты паспорта клиента*

Сведения о Потребителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

## Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» который доводится до сведения Заказчика при заключении договора и/или методом размещения на официальном сайте.

## При необходимости предоставления дополнительных услуг, не предусмотренных [пунктом 1.1](#Par300) настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

# ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

## Стоимость оказываемых Заказчику платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

## Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления платной медицинской услуги (предоплата).

# ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

## Исполнитель обязан:

### Своевременно и качественно предоставить Заказчику медицинские услуги;

### Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении(лицензии) на медицинскую деятельность, о месте предоставления услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов, в том числе способом размещения информации на официальном сайте и в общедоступных местах;

## Исполнитель имеет право:

### Требовать от Заказчика и/или Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного предоставления ему медицинских услуг;

### Привлекать для предоставления Потребителю медицинских услуг ОБУЗ «ИОКВД», ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» в рамках агентских договоров, иных третьих лиц имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности;

### В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и предоставления медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

### В случае невозможности предоставления услуги отказаться от исполнения обязательств по договору;

## Заказчик и/или потребитель обязан:

### Своевременно оплатить стоимость услуги;

### Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, наличия заболевания и пр.);

### Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику (Потребителю) времени получения медицинской услуги.

### Ознакомиться с информацией, размещенной на официальном сайте и в местах общего доступа.

### Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

### В случае нахождения на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Потребителя;

### Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях;

## Заказчик и/или потребитель имеет право:

### Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

### Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

# ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

## Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

## Началом предоставления медицинской услуги считается день обращения, продолжительность предоставления услуги рассчитывается исходя из объема услуг.

## Исполнителем в срок не более 7 рабочих дней, по запросу Заказчика и/или Потребителя предоставляются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях,.

## Исполнитель обязан до начала предоставления услуги получить информированное добровольное согласие Потребителя. В случае отказа Потребителя предоставить информированное добровольное согласие, Исполнитель вправе приостановить предоставление услуги.

# ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

## В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока предоставления услуги; уменьшения стоимости предоставленной услуги; исполнения услуги другим специалистом; расторжения договора и возмещения убытков.

## В случае несвоевременной оплаты Заказчиком стоимости предоставленной медицинской услуги, Исполнитель вправе потребовать уплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки от стоимости неоплаченной медицинской услуги.

## Во всех иных случаях неисполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

# СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

## Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

## Условия договора могут быть изменены по соглашению Сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

## Договор, может быть, расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

# ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

## Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия в судебном порядке.

## Настоящий договор составлен в двух экземплярах, а в случае если Заказчик не является Потребителем в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

# РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер»Адрес:153008, г.Иваново, ул.Постышева,54/1Свидетельство 37 001610624 от 19.03.2013г, выдано ИФНС по г. Иваново.бессрочная лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01139-37/00305920, выданная Департаментом здравоохранения Ивановской области 10.05.2016 года (г. Иваново, Шереметевский проспект, д.1, тел.59-45-22), размещена по адресу: https://narkodisp.ru/documents/Перечень и стоимость платных медицинских услуг указаны в прейскуранте, размещенном по адресу <https://narkodisp.ru/documents/-/categories/>ИНН 3728012670, ОГРН 1023700529632Банковские реквизиты: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ «ИОНД» л/с 20336Ц19860)Отделение Иваново Банка России//УФК по Ивановской области г. Иваново, ЕКС: 40102810645370000025, Каз. Счет: 03224643240000003300Официальный сайт: <https://narkodisp.ru/>Тел./Факс 8(4932)30-08-39, E-mail: narko@ivreg.ruДолжность/ФИО/подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ м.п. | Заказчик:ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации/проживании: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон/эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг потребитель и (или) заказчик ознакомленИнформация 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 представленаПодпись потребителя и/или заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение №1 к договору

**Перечень услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель | Наименование услуги | Стоимость, руб |
| ОБУЗ «ИОНД» | Осмотр врачом-психиатром-наркологом, устанавливающим факт употребления иностранным гражданином или лицом без гражданства наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ и их метаболитов, по результатам проведения химико-токсикологического исследования (для иностранных граждан или лиц без гражданства, достигших 13 лет) | 600 |
| Химико-токсикологическое исследование (для иностранных граждан или лиц без гражданства, достигших 13 лет) | 1200 |
| ОБУЗ «ИОКВД» | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога | 510-00 |
| Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови | 180-00 |
| Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) иммуноферментным методом (ИФА) в крови | 250-00 |
| Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови | 270-00 |
| Бактериоскопическое исследование соскоба слизистой оболочки носа (окраска по Циль-Нильсону) | 490-00 |
| ОБУЗ «Ц ПБ СПИД ИЗ» | Суммарное определение антител классов M,G (IgM и IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1/HIV) и антигена p24 в сыворотке или плазме крови человека | 480,00 |
| Осмотр врачом-инфекционистом (в целях установления наличие (отсутствия) болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) | 850,00 |

*В случае удаления услуги из перечня, необходимо зачеркнуть строку с услугой и рядом проставить ФИО, должность, подпись должностного лица принявшего решение.*

С объемом и стоимостью услуг согласен клиент (*подпись*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_