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 ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

**ОБУЗ «ИОНД»**, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании устава(доверенности) , 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 предоставить следующие медицинские услуги: согласно приложению №1 к договору.

*Если потребителем является не Заказчик необходимо заполнить ФИО, дату рождения и реквизиты паспорта, у анонимного пациента номер*

Сведения о потребителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или Аноним №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

## Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора и/или методом размещения на официальном сайте.

## При возникновении 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 сведения 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 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.

### Ознакомляться 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 их временной нетрудоспособности;

### 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 стороны.

# РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер»  Адрес:153008, г.Иваново, ул.Постышева,54/1  Свидетельство 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/-/categories/53731?p\_r\_p\_resetCur=true&p\_r\_p\_categoryId=53731  Перечень и стоимость платных медицинских услуг указаны в прейскуранте, размещенном по адресу https://narkodisp.ru/documents/-/categories/50855?p\_r\_p\_resetCur=true&p\_r\_p\_categoryId=50855  ИНН 3728012670, ОГРН 1023700529632  Банковские реквизиты: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ «ИОНД» л/с 20336Ц19860)  Отделение Иваново Банка России//УФК по Ивановской области г.Иваново, ЕКС: 40102810645370000025, Каз. Счет: 03224643240000003300  Официальный сайт: <https://narkodisp.ru/>  Тел./Факс 8(4932)30-08-39, E-mail: [narko@ivreg.ru](mailto:narko@ivreg.ru)  Должность/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 ознакомлен  Информация 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 представлена  Подпись потребителя и/или заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |