

Приложение № 2
к приказу от 12.08.2024 № 104-А

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) V _____

ДОГОВОР № _____ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Иваново

« _____ » _____ 202_ г.

ОБУЗ «ИОНД», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице _____ действующего(ей) на основании устава, доверенности от 12.08.2024 г. № 1046, с одной стороны, и **Заказчик** - (ФИО) _____ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за вознаграждение на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности предоставить следующие медицинские услуги: согласно приложению №1 к договору. Сведения о потребителе (аноним №): _____

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ

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

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость оказываемых Заказчику платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет _____ руб.
3.2 Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления платной медицинской услуги (предоплата).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Исполнитель обязан:

4.1.1 Своевременно и качественно предоставить Заказчику медицинские услуги;

4.1.2 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, 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;

4.2 Исполнитель имеет право:

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

4.2.2 Привлекать для предоставления Потребителю медицинских услуг третьих лиц, имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности;

4.2.3 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;

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

4.3 Заказчик и/или потребитель обязан:

4.3.1 Своевременно оплатить стоимость услуги;

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

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

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

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

4.3.6 Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях; режим лечения.

4.4 Заказчик и/или потребитель имеет право:

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

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

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1 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.

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

5.3 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.

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

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1 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.

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

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

7.1 Договор вступает в силу с момента его (подписания) заключения и действует до исполнения обязательств сторонами.

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

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

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

8.2 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.

9. 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](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:

Заказчик:

ФИО

дата рождения.

паспорт выдан	серия дата	№ кем выдан

Адрес регистрации/проживания:

телефон/эл. почта

С правилами предоставления 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

03224643240000003300

Официальный сайт: <https://narkodisp.ru/>Тел./Факс 8(4932)30-08-39, E-mail: narko@ivreg.ru

Приложение к договору оказания медицинских услуг

Перечень услуг

Услуга подлежащая оказанию помечается «V» в первом столбце

V	Наименование услуги	Стоимость, руб

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №
к договору от « ___ » _____ 20__ г. № _____
об оказании платных медицинских услуг

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановский областной наркологический диспансер» (далее – ОБУЗ «ИОНД»), действующее на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01139-37/00305920 от 10.05.2016, выданной Департаментом здравоохранения Ивановской области, ОГРН – 1023700529632, ИНН – 3728012670, запись в Единый государственный реестр юридических лиц внесена Инспекцией ФНС по г. Иваново, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице

действующего(ей) на основании Доверенности от « ___ » _____ 20__ года № _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. В связи с выявлением в процессе предоставления медицинских услуг потребности в дополнительном объеме оказания услуг, стороны пришли к соглашению об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг в части (нужное выбрать):
 - 1.1. Продления срока оказания потребителю услуг, предусмотренных п. 1.3. договора. с « ___ » _____ 20__ г. по « ___ » _____ 20__ г.
 - 1.2. Предоставления дополнительных медицинских услуг в соответствии со Спецификацией (Приложение к Дополнительному соглашению).
2. Медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего дополнительного соглашения, оплачиваются ЗАКАЗЧИКОМ сверх суммы, указанной в договоре на основании п. 3.1. договора и настоящего соглашения путем безналичной оплаты через учреждения банков или платежные терминалы на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо наличными денежными средствами с получением кассового чека контрольно-кассовой техники.
3. Общая сумма договора составляет _____ руб.
4. В остальной части условия договора остаются неизменными.
5. Настоящее соглашение вступает в силу с даты его (подписания) заключения сторонами, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Реквизиты сторон.

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
	ОБУЗ «Ивановский областной наркологический диспансер» ИНН 3728012670 ОГРН 1023700529632 Адрес: 153008, г. Иваново, ул. Постышева, д. 54/1. Банковские реквизиты: Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ «ИОНД» л/с 20336Ц19860) Отделение Иваново Банка России//УФК по Ивановской области г. Иваново, ЕКС: 40102810645370000025, Рас. Счет: 03224643240000003300 Тел./Факс 8(4932)30-08-39, E-mail: narko@ivreg.ru Должность/ФИО/подпись _____ М.П.

Форма заявления на возврат денежных средств за не оказанные услуги

Главному врачу ОБУЗ «ИОНД»

Малыгину М.П.

от _____

(Ф.И.О.)

зарегистрированного(ой) по адресу: _____

Паспорт серия: _____ № _____

Выдан: когда _____

кем _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Я, _____,
прошу Вас произвести возврат денежных средств за не оказанные платные услуги в размере
(цифрами и прописью) _____,
оплаченные мной по договору от _____ на оказание платных медицинских услуг,
в связи с (указать причину отказа)

Приложение: копия паспорта, банковские реквизиты с указанием лицевого счета

Возвращаемые денежные средства прошу перечислить по следующим банковским реквизитам:

Реквизиты получателя:

ФИО (полностью) _____

Лицевой (расчетный) счет _____

На карту _____

Наименование банка получателя: _____

БИК _____

Кор/сч _____

ИНН _____

КПП _____

« _____ » _____ 20 ____ г.

ПОДПИСЬ: _____

Ответственное ЛИЦО (медрегистратор, врач психиатр-нарколог)

(подпись)

(должность, Ф.И.О.)

(дата)