**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

с. Якшур-Бодья «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 г.

Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта Заказчика №, именуемы(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и бюджетное учреждение здравоохранения УР «Якшур-Бодьинская районная больница МЗ УР» ОГРН № 1021800643842 от 11.11.2002г., внесенного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №4 по УР №2111809022400 от30.11.2011г., в лице главного врача Батурина Александра Брониславовича, действующего на основании Устава, лицензии №ЛО18-01-002232 от 17.03.2017 года, выданной Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики, на оказание медицинских услуг, указанных в приложении №2 к договору, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1 Настоящий договор обеспечивает реализацию права «Заказчика» на получение своевременной медицинской помощи сверх территориальной программы обязательного медицинского страхования с установленными профессиональными (медико-экономическими) стандартами. «Исполнитель» оказывает Заказчику медицинскую услугу, включающую в себя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Услуга», а Заказчик обязуется оплатить полученную Услугу.

1.2 Какое-либо специализированное лечение проводиться Заказчику при необходимости, устанавливаемой врачом, на основании результатов диагностических обследований и имеющихся показаний к оперативному лечению или проведению курса интенсивной терапии.

1.3 Вид диагностического обследования и (или) лечения, рекомендуемого Заказчику, указывается в приложении 1 к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем указан в приложении №2 настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1 «Исполнитель» принимает на себя обязательство оказать Услугу, указанную в пункте 1.1 настоящего договора, по общепринятым в мировой медицинской практике методикам.

2.2 «Исполнитель» на основании результатов обследований дает Заказчику Разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения. После проведения лечения Заказчику выдается выписка из истории болезни.

2.3 «Исполнитель» обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Заказчика в рамках конституционно установленного.

2.4 « Исполнитель» имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не непредусмотренных договором.

2.5 Заказчик обязуется оплатить получаемую Услугу, внимательно ознакомиться с информацией, касающейся его лечения ( приложение 1 к настоящему договору).

2.6 Заказчик обязан до оказания медицинских услуг информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.7 Заказчик обязуется соблюдать правила поведения Заказчиков, Существующие в больнице, выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников «Исполнителя».

2.8 Заказчик имеет право отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги (заказчик обязан полностью возместить «Исполнителю понесенные убытки, если услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Заказчика).

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1 Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

3.2 Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя».

3.3 При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость Услуг может быть изменена «Исполнителем» в одностороннем порядке с учетом диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

**4. Ответственность сторон**

4.1 В случае неоплаты Заказчиком Стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, « Исполнитель» имеет право отказать Заказчику в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.

4.2 «Исполнитель» не несет ответственность (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных правомерных действий.

4.3 В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором ли в связи с ними. Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.4 В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Качество услуги**

5.1 Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечения.

5.2 оказания « Исполнителем» Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Заказчик не заявил претензии в период его лечения.

**6. Срок действия договора**

6.1 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Заказчиком Услуги (подтверждением получения Заказчиком Услуги является Заключение по результатам диагностического обследования или Выписки из истории болезни). Настоящий договор без подписанного Заказчиком приложения 1 юридической силы не имеет.

6.2 Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

**7. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»  с. Якшур-Бодья  ул. Володарского, 9  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Б. Батурин | **Заказчик:**  Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение №1 к договру**

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 0 ПМУ**

**Согласие об объёме и условиях оказываемых платных медицинских**

**услуг (информационное согласие)**

с. Якшур-Бодья «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.

Я, Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта Заказчика №, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в БУЗ УР «Якшур-Бодьинской РБ МЗ УР», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗУР «Якшур-бодьинская РБ МЗ УР» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в БУЗ УР «Якшур-бодьинская РБ МЗ УР», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено, и я согласен(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении лечения и после нее, как в ближайшем, так и в отдельном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей БУЗ «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»и согласен(на) оплатить:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР» в сумме:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР».

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилии, имя, отчество и подпись Заказчика)

Настоящее соглашение подписано Заказчиком на прием у лечащего врача после проведение разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

**Приложение №2 к договору**

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/0 ПМУ**

**Перечень медицинских услуг,**

**оказываемых БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР» согласно лицензии №ЛО-18-01-002232 от 17.03.2017 года.**

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебному делу; лечебной статистике; медицинскому массажу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии;

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии-терапии;

4) при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; инфекционным заболеваниям; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; ультразвуковой диагностике; урологии; фтизиатрии; хирургии; эндокринологии; эндоскопии.

3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; инфекционными болезнями; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; неврологии; операционному делу; организации сестринского дела; патологической анатомии; педиатрии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии;

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); диетологии; инфекционным заболеваниям; клинической лабораторной диагностике; неврологии; операционному делу; организации сестринского дела; патологической анатомии; педиатрии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии.

4. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной , медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи.

7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического);

3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР»**

**427100 Удмуртская Республика село Якшур-Бодья ул. Володарского 9**

**АКТ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.**

**об оказании услуг**

Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание: договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_2017г.

Валюта: руб.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | | **Стоимость услуги** |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  | | **ИТОГО:** |  |

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Б. Батурин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись)

От заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись)