*Приложение №1*

**Договор возмездного оказания медицинских услуг** **№**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Смоленск | « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. |
|  |  |

 Медицинское учреждение ОГБУЗ «Больница медицинской реабилитации», в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-67-01-000785, выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению от 12.05.2014г., находящимся по адресу: 214008, г. Смоленск, пл. Ленина, д.1, тел. 8(4812) 38-67-58, свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 67 №000675149 от 04.11.2002г., выданного Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Промышленному району г. Смоленска, именуемое в дальнейшем **"Исполнитель"**, с одной стороны, и гражданин:

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

(Ф.И.О.)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,** (№ паспорта, кем и когда выдан)

 именуемый в дальнейшем **"Потребитель"**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю следующие медицинские услуги:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 Количество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ посещений.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Потребитель обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в [пункте 4.1.](#sub_31) настоящего договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на лечение, указанное в п. 1.1. к настоящему договору;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения;

2.1.4. соблюдать график работы Учреждения и правила внутреннего распорядка ОГБУЗ «Больница медицинской реабилитации»;

2.1.5. при прохождении курса лечения сообщать мед. персоналу о любых изменениях самочувствия;

2.2. Потребитель имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. отказаться от получения медицинских услуг полностью или частично;

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать медицинские услуги качественно в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения, а также нормативными документами, действующими в системе здравоохранения;

2.3.2. обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, режиме работы, перечне платных услуг и их стоимости, а также сведения квалификации и сертификации специалистов.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. требовать от Потребителя:  - графика прохождения процедур; - соблюдения правил внутреннего распорядка;

**3. Информация о предоставляемой медицинской услуге**

3.1. В момент подписания настоящего Договора Потребитель информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся данной медицинской услуги и условий ее предоставления.

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания договора прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей).

4.2. Расчеты за предоставляемые медицинские услуги производятся Потребителем в порядке с момента подписания договора – путем оплаты стоимости медицинских услуг наличными денежными средствами через контрольно-кассовую машину, либо путем оформления квитанции, подтверждающей прием наличных денег.

**5. Условия и сроки предоставления медицинских услуг.**

5.1. Медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, должны быть выполнены Исполнителем в следующие сроки с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.2. Исполнитель приступает к оказанию услуги только после ее оплаты. В случае задержки Потребителем оплаты услуг, срок выполнения услуги продлевается на период задержки оплаты услуги.

**6. Ответственность сторон**

6.1. Исполнитель гарантирует качество услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего договора.

6.2. В случае невозможности исполнения обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, услуги подлежат оплате Исполнителю в полном объеме.

6.3. В случае досрочного расторжения договора по инициативе Потребителя по причинам, не зависящим от Исполнителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически выполненные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. В случае нарушения срока выполнения медицинских услуг по вине Исполнителя предоставляет эти услуги в удобное для Потребителя время, без взимания дополнительной платы.

**7. Порядок разрешения споров**

7.1. Потребитель и Исполнитель примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего договора или в связи с ним, путем переговоров.

7.2. В случае, если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.

**8. Общие положения**

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания исполнения медицинской услуги.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

8.3. Настоящий договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

8.4. По вопросам, не отраженным в настоящем договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

**9. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Потребитель**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /(подпись) | **Исполнитель**ОГБУЗ «Больница медицинской реабилитации»214020, г.Смоленск, ул. Шевченко, д.61-аИНН/КПП 6731002452 / 673101001Департамент бюджета и финансов Смоленской области (ОГБУЗ «Больница медицинской реабилитации» л/с 20809200650)р/сч. 40601810766143000585 в Отделении Смоленск. г. СмоленскБИК 046614001 Гл. вр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_М. П. |

Второй экземпляр Договора возмездного оказания услуг получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись Потребителя)

С графиком работы Учреждения, Правилами внутреннего распорядка ОГБУЗ «БМР», условиями оказания медицинской услуги ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись Потребителя)