|  |  |
| --- | --- |
| **ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  **на оказание платных медицинских услуг** | |
|  |  |
| г.Апшеронск | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. |
|  |  |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница Апшеронского района» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Лохачевой Светланы Сергеевны, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 29.05.2019 года № ЛО-23-01-013592, выданой Министерством здравоохранения Краснодарского края, с одной стороны, и гражданин (ка) РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Заказчику следующие медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(далее - Услуги), а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Коды услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в [п. 3](#sub_3) настоящего Договора;

2.2. Заказчик имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья и т.д.;

2.2.3. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать медицинские услуги качественно и в срок указанный в данном Договоре;

2.3.2. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Заказчиком своих обязательств.

**3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

3.1. Стоимость Услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_ копеек.

3.2. Оплата услуг Заказчиком производится в течении 5 дней, в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги, путем безналичного перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств, принятых на себя сторонами по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

**6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ЗАКАЗЧИК:** |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница Апшеронского района» министерства здравоохранения Краснодарского края | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Юридический и почтовый адрес: 352693 Краснодарский край, г. Апшеронск, ул. Социалистическая, д. 1  Тел./факс 8 (86152) 2-75-34, тел. 2-90-01, 2-61-69  ИНН 2325002082 / КПП 232501001  р/с 40601810900003000001  Минфин КК (ГБУЗ «ЦРБ Апшеронского района» МЗ КК)  Южное ГУ Банка России, г. Краснодар  БИК 040349001  Л.с. 828526510 | Адрес места регистрации:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **12. ПОДПИСИ СТОРОН** | |
| Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.С.Лохачева | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |