

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА
ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ

г. Москва

«___» _____ 201__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

должность подписанта

ФИО подписанта

действующего на основании доверенности № _____ от ____ . ____ . ____ г.
с одной стороны, и

именуемый/ая в дальнейшем «Заказчик», являющийся/аяся законным представителем

ФИО и дата рождения пациента

г.р.,

именуемого в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе платные медицинские услуги в условиях стационара (далее – «Услуги») по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Предварительном расчете оказываемых медицинских услуг Приложение №1 (далее- Предварительный расчет) к настоящему Договору, который является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором. В случае если Заказчик одновременно является Пациентом, далее по тексту договора данные понятия считаются идентичными.

1.2. Объем Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора определяется согласно Предварительным расчетам оказываемых медицинских услуг (далее – Предварительный расчет).

1.3. При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в Предварительных расчетах к настоящему Договору.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: - 119049, город Москва, Добрынинский 4-й переулок, дом 1/9.

2.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № ФС-99-01-009506 от 30.03.2018 г. на осуществление медицинской деятельности, Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей». Перечисленные документы размещены на сайте исполнителя – мороздгкб.рф - и информационных стендах Исполнителя.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Взаиморасчеты производятся в соответствии с прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным Исполнителем на момент обращения за медицинскими услугами. Плательщиком по Договору может выступать Заказчик а также, по согласованию с ним, другое физическое лицо. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте мороздгкб.рф и на информационных стендах Исполнителя.

3.2. После подписания Договора плательщик вносит в кассу Исполнителя аванс в размере _____ (_____) рублей 00 копеек (НДС не облагается в соответствии со ст. 149 НК РФ) на основании Предварительного расчета. Под авансом Стороны понимают денежные средства,

находящиеся на расчетном счете Исполнителя, из которых Исполнитель вправе списывать суммы в счет оплаты Услуг.

3.3. Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по Прейскуранту.

3.4. Если предварительно выяснится, что стоимость продолжения лечения Пациента должна превысить сумму аванса, имеющегося на расчетном счете Исполнителя, последний имеет право выставить Пациенту обоснованный авансовый расчет на сумму, равную разнице между Предварительным расчетом данного лечения и суммой ранее уплаченного аванса. При этом Пациент обязан оплатить счет в течение 3 (трех) рабочих дней, иначе Исполнитель имеет право приостановить лечение.

3.5. Окончательный расчет между Сторонами производится по факту оказания Услуг, на основании итоговой калькуляции Услуг, проведенной Исполнителем и Акта об оказанных медицинских услугах. В случае, если сумма оплаченного в соответствии с п. 3.2. Договора аванса превысит стоимость оказанных Услуг, Исполнитель возвращает Заказчику сумму переплаты, на основании письменного заявления Заказчика.

3.6. При выписке Пациента из стационара Исполнителя Стороны подписывают Акт об оказании услуг (включая Перечень видов и объемов оказанных услуг) или предоставляют протокол разногласий. Все документы могут быть отправлены по электронной почте, а позднее переданы по Почте России.

3.7. В случае, если в течение 5 (пяти) рабочих дней Исполнитель не получит подписанный Заказчиком Акт и не будут получены письменные возражения к Акту, Услуги будут считаться оказанными надлежащим образом в объеме, указанном в Акте Исполнителя, Акт будет принят к бухгалтерскому учету Исполнителя.

3.8. В случае возникновения ситуации превышения стоимости фактически оказанных медицинских услуг сумме ранее внесенного аванса, Заказчик обязуется в течении 5 (пяти) рабочих дней с момента подписания Акта уплатить Исполнителю недостающую сумму.

3.9. В случае расторжения договора по основаниям, изложенным в п.6 настоящего Договора, Стороны обязаны произвести все взаиморасчеты в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты расторжения Договора. Расчеты производятся в соответствии с условиями п.3.5. и 3.8. настоящего Договора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права Заказчика:

4.1.1. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору;

4.2. Обязанности Заказчика:

4.2.1. Заказчик обязуется предоставить специалистам Исполнителя (врачам) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне учреждения Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход обследования и (или) лечения, а также неукоснительно и добросовестно выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила пожарной безопасности.

4.2.2. Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Заказчику Исполнителем услуги.

4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Требовать от Заказчика своевременной оплаты Услуг, соблюдения правил внутреннего распорядка Исполнителя и следование медицинским рекомендациям сотрудников Исполнителя, оказывающих медицинскую помощь Пациенту.

4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. По заданию Заказчика оказать услуги Заказчику с учетом состояния здоровья Заказчика, показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае ненадлежащего исполнения своих обязательств Стороны несут ответственность согласно действующему законодательству РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственность перед Заказчиком за качество оказанной Услуги или времени ее исполнения, при нарушении последним своих договорных обязанностей.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание Услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях предусмотренных п.п. 2.2., 4.3. настоящего Договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение своих обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. Также стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, при наличии (и/или наступлении) обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

5.5. Заказчик уведомлен о том, что граждане Российской Федерации вправе получать медицинскую помощь бесплатно в лечебных учреждениях в соответствии с правилами ОМС и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Срок действия настоящего Договора: с даты его подписания до _____ г.(включительно).

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут:

- по обоюдному согласию Сторон;
- по инициативе Заказчика, при условии письменного уведомления Исполнителя.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору является действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Морозовская детская городская клиническая больница Департамента Здравоохранения города Москвы" (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ») Юридический/почтовый адрес: 119049, г. Москва, 4-ый Добрынинский переулок, дом 1/9 ИНН/КПП 7705039232/770501001 ОГРН 1027739783620 р/с 03224643450000007300 к/с 40102810545370000003 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК по г. Москве г..Москва (п/с 2605441000450549) БИК 004525988 Тел./Факс: (499)236-24-02 Адрес электронной почты: rmed@morozdskb.ru по доверенности № _____ от _____ _____/_____ (должность) (подпись) (расшифровка)	ФИО: _____ Дата рождения: _____ г. Место рождения: _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ Адрес места регистрации: _____ Адрес места нахождения: _____ Телефон: _____ _____/_____ (подпись) (расшифровка)

Приложение №1

К Договору № _____ от _____ г.

**Предварительный расчет
оказываемых в условиях стационара медицинских услуг
для физических лиц**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города
Москвы»**

119049, г.Москва, 4-й Добрынинский пер., д. 1/9
тел.: 8 (499)236-24-02, факс : 8 (499)236-22-13
e-mail : info@mdgkb.mosgorzdrav.ru
e-mail :mdgkb@bk.ru

Исполнитель

ФИО	
Должность	
Отдел	
Тел.	8 (499) 959-88-01 доб.

Пациент: _____ (____ . ____ .20__ г.р.)

<u>Код услуги</u>	<u>Наименование услуги</u>	<u>Кол-во услуг/койко- дней</u>	<u>Сумма</u>	<u>Общая сумма</u>
Итого:				

Итого предварительная стоимость лечения составляет: _____ рублей 00 коп.
(сумма прописью) _____ копеек

Обратите внимание! В случае изменения состояния здоровья Пациента перечень и стоимость медицинских услуг может быть изменена на основании медицинских показаний.