**Приложение 2**

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. г. Хабаровск

**\_\_\_(Наименование организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , именуемое в дальнейшем “Учреждение”, в лице начальника госпиталя **\_\_\_\_(ФИО руководитеяя организации)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании лицензии\_\_\_\_ (**Номер лицензии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**на оказание медицинских услуг, с одной стороны, и **\_(Контрагент)\_\_\_\_\_\_ ,** именуемый(ая) в дальнейшем “Пациент”, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. По настоящему договору “Учреждение” обязуется за плату оказать “Пациенту” медицинские услуги по обследованию согласно перечня:

ВИДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование исследования | **Цена** | Код услуги | **Наименование исследования** | Цена | **Код услуги** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого к оплате: *(Итоговая сумма по всем видам исследований)*** ***(Итоговая сумма по всем видам исследования)*** |

2. Права и обязанности сторон

1. “Учреждение” обязано:
2. Качественно оказать медицинскую услугу.
3. Обеспечить “Пациента” информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления; сведениями о квалификации специалистов.
4. Своевременно информировать “Пациента” о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений; ознакомить “Пациента” по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдать по письменному требованию “пациента” заверенные копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья “Пациента”.

2.2. “Учреждение” имеет право:

1. Определять объем, виды, сроки, порядок предоставления лабораторных, диагностических и других видов обследования, используемых в процессе лечения.
2. Отказать “Пациенту” в оказании ему услуг, с возвратом уплаченной суммы по объективным причинам:
* санитарно-гигиенические мероприятия, вызванные прекращением приема больных “Учреждением”;
* существенные для исполнения настоящего договора изменения эпидемиологической ситуации в городе и крае;
* отсутствие необходимого специалиста, неисправность аппаратуры, отсутствие реактивов и иных, не зависящих от администрации причинам.
1. Отказать “Пациенту’" в оказании ему услуг, с возвратом уплаченной им суммы, по объективным причинам (при возникновении чрезвычайных ситуаций, аварий, отключении электроснабжения, водоснабжения, поломки оборудования и др.).
2. Не возвращать уплаченную сумму “Пациенту” в случае невозможности оказания медицинской услуги по вине “Пациента” (вследствие его противоправных действий, отсутствии в отделении).
3. “Пациент” обязан:
* заплатить стоимость услуг в соответствии с действующим на момент оказания услуги тарифом;
* сообщить до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
* выполнять в полном объеме назначения врача; надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать “Учреждение” о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению услуги.
1. “Пациент” имеет право:
* на выбор лечащего врача или иного специалиста (с их согласия) по виду обследования и лечения;
* получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
* на возмещение вреда в случае некачественного оказания услуги, подтвержденного актами экспертизы;
* отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом “Учреждению” фактически понесенные затраты;
* обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу “Учреждения”.

3. Заключительные положения

1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента окон­чательного исполнения сторонами своих обязательств.
2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один - “Учреждению”, другой - “Пациенту”.
3. “Пациент” ознакомлен с программой предоставления услуг и дает свое добровольное информированное согласие персоналу “Учреждения” на их реализацию.
4. В случае разногласий между “Учреждением” и “Пациентом” по вопросу качества услуг, спор между сторонами рассматривается согласительной комиссией с привлечением, при необходимости, независимых экспертов.
5. При невозможности урегулирования спора путем переговоров, претензии передаются сторонами в суд, в соответствии с положениями действующего законодательства РФ.

Юридические адреса и реквизиты сторон

“Пациент” или его законный представитель Учреждение”

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_ФИО контрагента)\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_*Наименование организвции*\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные(добровольно) \_\_\_\_\_\_\_\_*Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН/КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Представитель “Учреждения”*

*(доверенное лицо)*

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие “Пациента”
на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нформирован(а) об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в “Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи на 20\_\_\_\_\_\_\_’’.Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинской услуги платно, в соответствии с заключенным Договором “На оказание платный медицинских услуг”.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. Подпись “пациента” или его законного представителя