УВЕДОМЛЕНИЕ

Волгоград «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 5» (ГУЗ «КБ № 5»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, УВЕДОМЛЯЕТ Потребителя/Законного представителя/Представителя/Заказчика (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Потребитель/Законный представитель/Представитель/Заказчик подтверждает, что указанное уведомление получено до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Главный врач Потребитель/Законный представитель

ГУЗ «КБ № 5» Представитель/Заказчик:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

МП

ДОГОВОР

на предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Клиническая больница № 5», находящееся по адресу: 400009, г. Волгоград, ул. им. Пельше, 2, ОГРН 1023402637950, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 34 № 003959834 выдано 06.11.2002 Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 9 по Волгоградской области, ИНН 3442007544 именуемое в дальнейшем – «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны и

Потребитель/Законный представитель потребителя/Представитель потребителя: гражданин /иностранный гражданин (лицо без гражданства) (отметить нужное) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения, адрес места жительства (иные контактные адреса)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, подтверждающий полномочия Законного представителя/Представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и(или) «Заказчик» (физическое лицо) (для трехсторонних договоров)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения, адрес места жительства (иные контактные адреса)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(или) «Заказчик» (юридическое лицо) (для трехсторонних договоров) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(полное наименование), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места нахождения (иные контактные адреса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность, ФИО), действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а вместе именуемые «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель/Законный представитель /Представитель /Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Количество | Стоимость | Сумма |
|  |  |  |  |  |

Итого:

Стоимость предоставляемых платных медицинских услуг (далее - Услуги) определяется в соответствии с действующим Перечнем видов медицинских и немедицинских услуг, предоставляемых в ГУЗ «КБ № 5» на платной основе» (именуемый в дальнейшем «Перечень»). С Перечнем Потребитель/Законный представитель/Представитель/Заказчик ознакомлен до подписания настоящего договора.

* + 1. Платная медицинская услуга оказывается Потребителю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения, адрес места жительства (иные контактные адреса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  1. Потребитель/Законный представитель/Представитель/Заказчик (нужное отметить) оплачивает предоставляемые платные медицинские услуги по цене договора (п. 1.1. Договора) наличными в кассу Исполнителя (в подтверждении выдается кассовый чек) или в безналичном порядке на лицевой счет Исполнителя (нужное отметить):
     1. в день подписания Акта приемки оказанных услуг (для Заказчика – юридического лица – в течение 7 рабочих дней с момента подписания акта приемки оказанных услуг) либо
     2. при заключении договора в полном объеме либо
     3. путем выдачи аванса в размере \_\_\_\_\_\_\_ руб. от цены договора, окончательный расчет – в день подписания акта приемки оказанных услуг (для Заказчика – юридического лица – в течение 7 рабочих дней с момента подписания акта приемки оказанных услуг)
  2. Медицинские Услуги оказываются по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  3. Согласованный сторонами срок оказания Услуги с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_г. Срок оказания Услуги по соглашению «Сторон» может быть изменен.
  4. Медицинская услуга оказывается в отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, второй, первой или высшей квалификационной категории, имеющим действующую аккредитацию (сертификат специалиста).
  5. После исполнения договора Исполнитель без взимания платы выдает Потребителю/Законному представителю медицинские документы (их копии, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
  6. Для иностранных граждан/лиц без гражданства: Данная медицинская услуга оказывается иностранному гражданину (лицу без гражданства), не застрахованному в системе ОМС Российской Федерации в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 марта 2013 г. № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации». Медицинская помощь, оказываемая по настоящему договору, не является медицинской помощью в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или здоровью окружающих, и оказывается на платной основе.
  7. В случае отказа Потребителя / Законного представителя/ Представителя / Заказчика от исполнения настоящего договора до момента оказания Услуг или в процессе их оказания, Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы. Если стоимость Услуг оплачена, то при отказе от договора Исполнитель возвращает Потребителю / Законному представителю / Представителю / Заказчику, оплатившему услугу, уплаченную сумму, за вычетом стоимости фактически оказанных Услуг и реально понесенных Исполнителем затрат. Потребитель / Законный представитель/ Представитель/Заказчик возмещает Исполнителю фактические убытки, если Исполнитель не смог оказать Услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя / Законного представителя / Представителя/Заказчика.

1. **Права и обязанности сторон**
   1. Потребитель/Законный представитель / Представитель / Заказчик обязуется:
      1. оплатить стоимость предоставляемых Услуг на условиях настоящего Договора;
      2. выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуги, включая предоставление имеющейся медицинской документации, сообщение необходимых сведений, в том числе: - информировать врача до оказания медицинских Услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; - точно выполнять требования, назначения и рекомендации врача; - при первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю; - соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, предписанный лечебно-охранительный режим; - информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на своевременность, качество и результаты оказываемых услуг; - своевременно уведомить Исполнителя о наличии / возникновении причины, которая может повлиять на сроки оказания услуги и, при необходимости, согласовать новые сроки оказания услуги;
      3. Выполнять иные обязанности, вытекающие из настоящего договора и действующих нормативных правовых актов Российской Федерации.
   2. Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик, пользующийся платными медицинскими Услугами, вправе
      1. требовать предоставление Услуг надлежащего качества, в сроки в соответствии с настоящим договором
      2. требовать предоставления выписки из ЕГРЮЛ, сведений о наличии лицензии, составления сметы на предоставляемые услуги.
      3. отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
      4. пользуется иными правами в соответствии с настоящим договором и действующим законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель обязуется:
      1. в установленный срок оказать Услугу качественно в соответствии с условиями настоящего договора, порядками оказания медицинской помощи, с учетом утвержденных Минздравом России стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения;
      2. предоставить предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации при предоставлении платных медицинских услуг бесплатную, доступную и достоверную информацию;
      3. предоставить по требованию Потребителя / Законного представителя / Представителя / Заказчика выписку из ЕГРЮЛ (для ознакомления), составить смету на предоставляемую Услугу
      4. выдать в установленном порядке медицинские документы, отражающие состояние здоровья Потребителя;
      5. обеспечивать выполнение прав Потребителя / Законного представителя / Представителя / Заказчика, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей;
      6. несет иные обязанности, вытекающие из настоящего договора и действующего законодательства Российской Федерации.
   4. Исполнитель пользуется правами, вытекающими из настоящего договора и действующего законодательства Российской Федерации.
2. **Информация о предоставляемой услуге,**

**условия предоставления услуги**

* 1. Услуга предоставляется после дачи Потребителем / Законным представителем / Представителем / Заказчиком информированного согласия на получение платных медицинских услуг. Условия предоставления Услуги указаны в Информированном согласии.
     1. Услуга оказывается после дачи Потребителем/Законным представителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
  2. Услуга оказывается на основе добровольного волеизъявления Потребителя / Законного представителя / Представителя / Заказчика приобрести услугу на возмездной основе за свой счет, что не нарушает прав Потребителя на бесплатную медицинскую помощь в рамках программы и территориальной программы.
  3. Потребитель/Законный представитель / Представитель / Заказчик уведомлен, что данная медицинская услуга (нужное отметить):
     1. не предусмотрена программой, Территориальной программой и может быть оказана только за плату;
     2. предусмотрена программой, Территориальной программой, но по желанию в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» оказывается ему за плату.
  4. Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик подтверждает, что ему была предоставлена в доступной для него форме и в полном объеме информация в соответствии с действующим законодательством, а также что у него имелась возможность в связи с этим задавать вопросы, на которые получены исчерпывающие ответы, в том числе, что:
     1. Информирован о методах оказания Услуги, связанном с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах, а также о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, с учетом и на основании которых оказывается Услуга («Официальный интернет-портал правовой информации» - [www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru), официальный сайт Минздрава России, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций <https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend>);
     2. Уведомлен, что, находясь на лечении в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ, обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в учреждении (у Исполнителя);
     3. Информирован о том, что Исполнитель по требованию представляет для ознакомления выписку их единого государственного реестра юридических лиц, составляет смету на предоставление платных медицинских услуг;
     4. информирован о лицензии на осуществлении медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, органе, выдавшем лицензию;
     5. информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Волгоградской области (далее – территориальная программа);
     6. Ознакомлен с программой и территориальной программой;
     7. Информирован о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой;
     8. Информирован об условиях и порядке оказания платных медицинских Услуг;
     9. Информирован и согласен, что Услуга предоставляется (нужное отметить) в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
     10. Информирован об адресе Исполнителя. Его ОГРН, ИНН, адресе сайта Исполнителя ([www.guz5kb.ru](http://www.guz5kb.ru)), о перечне оказываемых платных медицинских услуг, сроках ожидания платных медицинских услуг, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, график их работы, об адресах, телефонах учредителя исполнителя (комитет здравоохранения Волгоградской области - <http://volgazdrav.ru/>, https://oblzdrav.volgograd.ru/), территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Волгоградской области (<https://34reg.roszdravnadzor.gov.ru/>), Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Волгоградской области (<https://34.rospotrebnadzor.ru/> ), Государственное учреждение «Территориальный фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (<https://www.volgatfoms.ru/>), о форме и способах направления обращений (жалоб) в указанные органы и организации, почтовых адресах и адресах электронной почты для направления обращения (жалобы).
  5. Исполнитель оказывает Услугу на основании лицензии № Л041-01146-34/00363947, выдана 29.12.2020 комитетом здравоохранения Волгоградской области (400019, г. Волгоград, ул. Туркменская, 6, тел. (8442)30-99-99, 30-99-98) на осуществление медицинской деятельности: При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1. при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: неонатологии. 2. при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; 3. при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); детской хирургии; диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; пульмонологии; реаниматологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; спортивной медицине; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи. При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1. при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 2. при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; 3. при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; 5. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; генетике; забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; клинической лабораторной диагностике; медицинской микробиологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии; 6. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.
  6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя/Законного представителя/Представителя/Заказчика; при согласии Потребителя/Законного представителя/Представителя/Заказчика на дополнительные возмездные услуги оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору или заключается новый договор с указанием конкретных Услуг и их стоимости. Без оформления дополнительного соглашения или нового договора на дополнительные возмездные услуги, Исполнитель не вправе их предоставлять.
  7. Если при предоставлении услуги потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации.
  8. Услуга оказывается в соответствии с условиями настоящего договора в установленные сроки после полной их оплаты, если по условиям договора предусмотрена полная предоплата.

1. **Ответственность сторон**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством.
   2. В случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик вправе по своему выбору: назначить новый срок услуги; потребовать уменьшение стоимости предоставляемой услуги; -потребовать исполнения услуги другим специалистом; поручить оказание услуги третьим лицам за разумную цену и потребовать от Исполнителя возмещения понесенных расходов; отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения убытков.
   3. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги; соответствующего уменьшения цены на оказанную услугу; повторного оказания услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.
   4. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены Исполнителем в срок, назначенный Потребителем / Законным представителем / Представителем / Заказчиком.
   5. Потребитель / Законный представитель / Представитель / Заказчик вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем в установленный договором срок.
   6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения Потребителем / Законным представителем / Представителем / Заказчиком рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
   7. Стороны не несут ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если такое неисполнение (ненадлежащее исполнение) явилось следствием наступления форс-мажорных обстоятельств.
   8. Споры, возникающие между сторонами, разрешаются в установленном действующем законодательстве порядке.
2. **Порядок внесения изменений, дополнений в договор и его расторжение**
   1. В настоящий договор могут быть внесены изменения и дополнения, которые оформляются Сторонами дополнительными соглашениями к настоящему договору.
   2. Договор, может быть, расторгнут: - по соглашению «Сторон»; в одностороннем порядке по желанию Потребителя / Законного представителя / Представителя / Заказчика, по решению суда, в иных случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
3. **Прочие условия**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения «Сторонами» обязательств по договору.
   2. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, по одному для каждой из Сторон договора, имеющих одинаковую юридическую силу.
   3. Потребитель / Законный представитель/Представитель / Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения обязательств по договору.
   4. Приложения № 1 (информированное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг), 2 (акт оказанных услуг) являются неотъемлемой частью договора.
   5. Стороны договорились, что при подписании настоящего договора, приложений к нему, иных документов, связанных с исполнением, изменением или прекращением настоящего договора, Исполнитель использует факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования и признают равную юридическую силу собственноручной подписи Исполнителя и его факсимильной подписи на настоящем договоре, приложениях к нему, иных документов, связанных с исполнением, изменением или прекращением настоящего договора.
4. Адреса и реквизиты сторон:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Потребитель/Законный представитель/Представитель |  | Заказчик |  | Исполнитель |
| ФИО:  Дата рождения:  Место жительства:  Банковские реквизиты:  Контактный телефон  Документ, удостоверяющий личность: |  | ФИО:  Дата рождения:  Место жительства:  Банковские реквизиты:  Контактный телефон  Документ, удостоверяющий личность: |  | ГУЗ «КБ № 5»  400009, г. Волгоград,  ул. им. Пельше, 2  Телефон: приемная  (8442) 71-03-44  ОГРН 1023402637950  ИНН/КПП  3442007544/344201001 |
|  |  |  |  | Главный врач |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (подпись) |  | Д.В. Орлов |