

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Чита/_____ /место оказания услуги/

«__» _____ 202_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГУЗ «ЗКБСМЭ», г. Чита ул. Матвеева д. 64, пом.2.,ИНН 7536009784, КПП 753601001, ОГРН 1027501147651, выданный ИФНС №2 по г. Чите, лицензия № Л041-01124-75/00322964 от 30.08.2019 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Приказа от 30 марта 2021 г. № 45 и в соответствии с доверенностью, выданной 19 мая 2020 г., с одной стороны, и гражданин _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику с его добровольного согласия платные медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские и иные услуги, утвержденном в установленном порядке (далее - Прейскурант), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Спецификации (Приложение № 1), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Срок предоставления медицинских услуг с «__» 202_ г. по «__» 202_ г.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя.

Исполнитель обязан:

2.1.1. оказать Заказчику платные услуги в соответствии с перечнем оказываемых платных услуг, оговоренных в Спецификации (Приложение № 1) с оформлением установленной документации;

2.1.2. предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

Исполнитель имеет право:

2.1.3. при невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика, отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору и требовать оплаты в полном объеме, предусмотренном Договором;

2.1.4. на компенсацию расходов, фактически понесенных до момента наступления невозможности исполнения.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Заказчик обязан:

2.2.1. оплатить предоставленные Исполнителем платные медицинские услуги, предусмотренные Спецификацией;

2.2.2. компенсировать Исполнителю расходы, фактически понесенные до момента наступления невозможности оказания услуги.

Заказчик имеет право:

2.2.3. на получение информации об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах;

2.2.4. на получение платной услуги надлежащего качества.

3. Цена и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских и иных услуг и составляет _____ рублей.

3.2. Стоимость платных медицинских услуг остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.3. Оплата Заказчиком за оказанные услуги производится в 100-ой предоплате по безналичному расчету через терминал, находящийся в ГУЗ «ЗКБСМЭ», с комиссионным сбором 3%, либо в любом банке с предоставлением квитанции в ГУЗ «ЗКБСМЭ».

3.4. Акт выполненных работ, подписанный Сторонами, является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

4. Срок действия Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим Договором и законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает (форс-мажор).

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры или разногласия, возникающие между Сторонами по Договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

6.2. В случае не урегулирования спора, спор разрешается в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

7. Заключительные положения

7.1. Договор заключен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика от получения платных услуг, оформленного в письменной форме, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены надлежащим образом и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

7.4. Условия Договора обязательны для правопреемников Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: ГУЗ «ЗКБСМЭ»

Юридический адрес: 672038, г. Чита, ул. Матвеева, 64,
тел. 8(3022)31-43-20 E-mail: sudmed-chitaomo@rambler.ru
ОГРН 1027501147651

Получатель **МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ**
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (ГУЗ «ЗКБСМЭ»), л/с 20916Х84930
ИНН 7536009784 КПП 753601001
Банк ОТДЕЛЕНИЕ ЧИТА БАНКА РОССИИ/УФК по
Забайкальскому краю г.Чита БИК ТОФК017601329
Единый казначейский счет 40102810945370000063
Казначейский счет 03224643760000009100
ОКТМО 76701000 КБК 00000000000000000130

Уполномоченное лицо по доверенности № _____ от 19.05.2020г.

_____/ФИО/ (подпись)

Заказчик:

ФИО _____
Паспортные данные: серия № _____, выдан «__» _____ г.
кем _____

Проживающий по адресу: _____

Телефон _____

_____/ФИО/
(подпись)



0909

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я _____, выражаю согласие на оказание мне медицинской услуги согласно спецификации.

Я получил(а) необходимые разъяснения относительно оказываемых медицинских услуг.

Я осведомлен(а) о возможности получения аналогичных медицинских услуг по постановлению правоохранительных органов без оплаты.

Своей подписью я подтверждаю согласие на предоставление мне платных медицинских услуг, а также получение своего экземпляра

Договора на предоставление платных медицинских услуг.

Договор прочитан мною лично, мне полностью понятен.

Заказчик:

подпись / _____ / ФИО

Согласие на обработку персональных данных

Во исполнение Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 153-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Исполнителю на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу правоохранительным органам), обезличивание, блокирование, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, место работы, должности, номера паспорта, сведений органа о его выдачи, код подразделения, номеров телефонов, электронного адреса в целях исполнения настоящего Договора и законодательства РФ. Данное согласие действует до письменного отзыва.

Заказчик:

подпись / _____ / ФИО

Приложение № 1 к Договору оказания платных медицинских услуг №000000000 от 00.00.202_ г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

г. Чита /Место оказания услуги/

«_» _____ 202_ г.

№ п/п	Наименование платной медицинской и иной услуги согласно Прейскуранта цен/	Сумма
1		
2		
3		
4		
5		
ИТОГО:		

Исполнитель:

уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»

_____/ФИО/

подпись / _____ / ФИО/

Заказчик:

_____/ФИО/

/

подпись / _____ / ФИО/

Приложение № 2 к Договору оказания платных медицинских услуг №000000000 от 00.00.202_ г.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

г. Чита /Место оказания услуги/

Все услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных Исполнителем услуг Заказчик не имеет.

Исполнитель:

уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»

_____/ФИО/

подпись / _____ / ФИО/

Заказчик:

_____/ФИО/

/

подпись / _____ / ФИО/