**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Донецк «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 27 Г. ДОНЕЦКА», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Орлова Юрия Григорьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее - Потребитель), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**
	1. **Сведения об Исполнителе.**
		1. Наименование организации: ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 27 Г. ДОНЕЦКА», (сокращенное наименование: ГБУ «ГП № 27 Г.ДОНЕЦКА)
		2. Адрес местонахождения: Донецкая Народная Республика, Г.О.ДОНЕЦКИЙ, Г.ДОНЕЦК,УЛ.ВАЛЕНТИНЫ ТЕРЕШКОВОЙ Д.12.
		3. Адрес места оказания медицинских услуг: Донецкая Народная Республика, Г.О.ДОНЕЦКИЙ, Г.ДОНЕЦК,УЛ.ВАЛЕНТИНЫ ТЕРЕШКОВОЙ Д.12.
		4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1229300085167, дата регистрации (внесения сведений в ЕГРЮЛ) - 29 11.2022г., данные о регистрирующем органе- Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы « 2 по Донецкой Народной Республике.
		5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 18.10.2021 г. МЛ № 011278 выдана Министерством здравоохранения ДНР, находящимся по адресу: г. Донецк, пр. Богдана Хмельницкого, 102, телефон: (856)303-25-91.
	2. **Сведения о Потребителе.**
		1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес регистрации и телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Исполнитель обязуется оказать. Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего договора.
3. **СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК их**

**ОПЛАТЫ**

* 1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.
	2. Перечень плагных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, их объем и стоимость приведены в Приложении №1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
	3. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется в кассу Исполнителя.
1. **УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
	1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.
	2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ.
	3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ

 4.5 Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

 4.7.Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Приложение №2 к настоящему договору.

 4.8. Потребитель дает исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объёме и способами, указанными в Законе от 27.07.2006 № 152 – ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, -предусмотренную действующим

Законодательством РФ

5.2.Вред причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.З. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг, а также за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. В случаях, предусмотренных пунктами 5.3 договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1.Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

6.2.Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, атакже по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.3.В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ** .

7.1.Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров. \*

7.2.При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством

**8.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон

**9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

Исполнитель Потребитель

ГБУ « ГП № 27 Г.ДОНЕЦКА» Реквизиты документа, удостоверяющего личность

Ул.В.Терешковой д.12, ОГРН 1229300085167 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ю.Г.Орлов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_