

Договор к чеку (квитанции) № _____ " ____ " _____ 20__ г.

Заказчик (законный представитель) в лице гр. _____

проживающий по адресу _____ телефон № _____

с одной стороны и БУЗ ВО "Сокольская центральная районная больница", именуемая в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача, действующего на основании Устава и согласно лицензия № ЛО41-01135-35/00569834 от 09 сентября 2019 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной департаментом здравоохранения Вологодской области бессрочно, расположенным по адресу г. Вологда ул. Предтеченская д. 19, телефон 23-00-75, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

Заказчик поручает, а исполнитель принимает на себя обязательство оказать следующие платные услуги:

перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией	наименование услуг	Стоимость

2. Права и обязанности сторон.

Заказчик обязан:

- Оплатить стоимость оказываемых платных медицинских услуг в соответствии с договором
- Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, своевременный приход к врачу, выполнение условий подготовки и проведения медицинских процедур, соблюдать режим лечения и правила поведения в медицинской организации, т.к. несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 Заказчика.

Заказчик имеет право на:

- Уважительное отношение со стороны персонала, достоверную информацию, получение необходимой медицинской документации после исполнения договора, выбор врача.

Исполнитель обязан:

- Обеспечить качественное предоставление платной медицинской услуги.
- предоставить для ознакомления по требованию заказчика копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложениями.
- Порядок расчета определяется по соглашению сторон - авансовый платеж или оплата услуги после выполнения работы (нужное подчеркнуть).
- Гарантия _____ 2.8. Исполнитель _____ 2.9. Сроки изготовления _____

3. Условия и сроки предоставления платной медицинской услуги.

- об условиях предоставления платной медицинской услуги пациент информируется перед ее предоставлением при необходимости.
- Сроки предоставления платной медицинской услуги 10 рабочих дней, если не оговорено иное.

4. Ответственность сторон.

- Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора.
- Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение платной медицинской услуги, если это произошло в следствии форс-мажорных обстоятельств, а так же в случае невыполнения Заказчиком условий договора и иных основаниях, предусмотренных законом.
- Претензии и споры, возникшие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по согласованию сторон, а в случае не урегулирования спора - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- Договор составлен в двух экземплярах для каждой из сторон и имеет одинаковую юридическую силу. Заказчик ознакомлен с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, Правилами предоставления платных медицинских услуг и стоимостью оказываемых медицинских услуг.

5. Порядок изменения и расторжения договора.

- По договоренности сторон возможно изменение договора с учетом медицинских показаний.
- Потребитель при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги) вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков выполненной работы (оказанной услуги); безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы.
- В случае не оказания платной медицинской услуги, вернуть Заказчику внесенную сумму согласно его заявления при предъявлении выданного кассового чека и настоящего договора.

Подписи сторон:

Заказчик (законный представитель)
ФИО _____
Документ, удостоверяющий личность _____
Серия ____ Номер _____
Подпись _____

Исполнитель - БУЗ ВО «Сокольская ЦРБ» Вологодская область
г. Сокол ул. Суворова д. 21 ОГРН 1023502489273 ИНН 3527002721
ФИО _____ Подпись _____
Должность (кассир, регистратор)
В соответствии с приказом главного врача ЦРБ.