Договор №\_\_\_\_\_

возмездного оказания медицинских услуг

г. Пермь « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и

Государственное автономное учреждение здравоохранения Пермского края «Клиническое патологоанатомическое бюро» (лицензия № ЛО-59-01-003938 от 16.12.20162 г. срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Пермского края, адрес: 614006, г. Пермь, Ленина, 51), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор следующем:

1. Предмет договора
	1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
	2. Перечень оказываемых медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Кодуслуги | Наименованиеуслуги | Кол-во | Цена за ед., руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Заказчик подтверждает, что при заключении настоящего договора:
* ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления;
* проинформирован в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но желает получить ее на платной основе;
* уведомлен о том, что при несоблюдении указаний (рекомендаций) непосредственного исполнителя, предоставляющего услугу, может повлечь за собой снижение качества предоставляемой услуги, невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.
1. Права и обязанности сторон
	1. Исполнитель обязан:
		1. оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
		2. предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.
	2. Заказчик обязан:
		1. оплатить услуги Исполнителя в размере и в сроки, указанные в договоре;
		2. соблюдать рекомендации непосредственного исполнителя услуги.
	3. Заказчик имеет право:
		1. на предоставление информации о медицинской услуге;
		2. ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем;
		3. на получение информации о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о его здоровье.
	4. Права и обязанности сторон, не оговоренные в настоящем договоре, определяются действующим законодательством РФ, в т.ч. **Законом PФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I «О защите прав потребителей».**
2. Цена договора и порядок расчётов
	1. Цена оказываемых услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп.
	2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100 % -ной предоплаты, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя до начала оказания услуг.
	3. В случае уменьшения цены услуги взаиморасчет с Заказчиком производится не позднее трех рабочих дней после получения Исполнителем соответствующего требования.
	4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев предусмотренных действующим законодательство РФ.
	5. В качестве подтверждения оказанной услуги стороны подписывают акт оказанных услуг.
	6. При обнаружении недостатков Заказчик имеет право по своему выбору требовать от Исполнителя:
* безвозмездного устранения недостатков в разумный срок;
* соразмерного уменьшения стоимости оказанной услуги;
* безвозмездного повторного оказания услуги;
* расторжения договора и возврата стоимости услуги.
	1. Исполнитель преступает к предоставлению услуг, являющихся предметом настоящего договора, с момента передачи материала на исследование и перечисления Заказчиком денежных средств на счет Исполнителя.
	2. Исполнитель устанавливает следующие предельные сроки выполнения работ и предоставления результатов исследования: плановые биопсии, не требующие декальцинации и сложных дополнительных методов морфологического исследования: 2-3 дня (эндоскопические, пункционные биопсии и т.д), 5-6 дней (прочий материал); плановые биопсии, требующие декальцинации и применения сложных дополнительных методов морфологического исследования, дорезки – от 14 дней.
1. Ответственность сторон
	1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель отказывает последнему в оказании услуг до полной их оплаты, с согласованием нового срока оказания услуг.
	2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору:
* назначить новый срок оказания услуги;
* потребовать уменьшения стоимости предоставления услуги;
* расторгнуть договор и потребовать возврата стоимости услуги.
	1. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
1. Заключительные положения
	1. Все споры, возникающие между сторонами по настоящему договору, решаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.
	2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента исполнения сторонами всех взятых на себя обязательств.
	3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
	4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
2. Иные условия договора
	1. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных в объеме и способами, указанными в п.1, 3 ст.11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.
3. Реквизиты и подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Исполнитель: ГАУЗ ПК «Клиническое патологоанатомическое бюро» |
| Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иные сведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес: 614107, г. Пермь, ул. Грачева, д.12Тел.: (342) 291-25-26ИНН 5906096741 КПП 590601001ОГРН 1105906000276 (свидетельство 59 № 004416963, выдано ИФНС России по Мотовилихинскому району г.Перми)ОКПО 65101752 КБК 00000000000000000130 Министерство финансов Пермского края (ГАУЗ ПК «Клиническое патологоанатомическое бюро», л/с 308200243) БИК 045773001счет 40601810657733000001 Отделение Пермь |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |