

Согласие на получение медицинских услуг на платной основе: Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, проинформирован о возможности получения медицинских услуг, предусмотренных нижеприведенным Договором на предоставление платных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно территориальная программа) без взимания платы в любых медицинских учреждениях, оказывающих данные услуги в соответствии с территориальной программой. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись)

Информационное добровольное согласие на получение медицинской услуги: Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_. Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу (проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен с тем, что соблюдение всех требований оказания мед.услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. С учетом полученной информации я даю свое добровольное информационное согласие на оказание медицинской услуги (проведение лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором. \_\_\_\_\_ (подпись)

**Договор № \_\_\_\_\_ о предоставлении платных медицинских услуг \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Областное бюджетное учреждение здравоохранения Пучежская центральная районная больница (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1023701726510, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 7) по Ивановской области, в лице Представителя Сторожиловой Г.М., действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., и гр-н \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, руководствуясь ГК РФ и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Постановление правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г.) заключили настоящий договор о нижеследующем:

- 1.В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги в согласованном сторонами объеме, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказываемых медицинских услуг. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-000798 выданной 06.09.2013г. Департаментом здравоохранения Ивановской области (адрес: г.Иваново, пр.Шереметевский, д.1, т. 93-81-45).
- 2.Основанием для оказания платной медицинской услуги Потребителю является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме. Документом, подтверждающим заказ Потребителем услуги и её стоимости, является платежный документ(кассовый чек или заполненная квитанция), выданный Потребителю Исполнителем. Ответственность за сохранность платежных документов и вина за негативные последствия их утраты возлагается на Потребителя. Оплата Потребителем медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и порядке оказания данной услуги, а также информированность Потребителя о стоимости услуги, месте её оказания, дате и времени оказания услуги, режиме работы Исполнителя, о работнике Исполнителя, оказывающем данную услугу. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, указаны в акте приёма-передачи услуг. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в момент заключения договора. Подтверждением платежа является кассовый чек или заполненная квитанция, которая является бланком строгой отчетности.
- 3.Исполнитель обязуется: Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и в период его действия. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну. Обеспечить Потребителя информацией об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов. Обеспечить возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя копии документов, отражающих его здоровье.
- 4.Потребитель обязуется до начала оказания медицинской помощи предоставить медицинскому персоналу Исполнителя всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья. Строго выполнять все предписания медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, соблюдать внутренний распорядок Исполнителя. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению договора.

Согласие на получение медицинских услуг на платной основе: Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, проинформирован о возможности получения медицинских услуг, предусмотренных нижеприведенным Договором на предоставление платных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно территориальная программа) без взимания платы в любых медицинских учреждениях, оказывающих данные услуги в соответствии с территориальной программой. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись)

Информационное добровольное согласие на получение медицинской услуги: Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_. Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу(проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен с тем, что соблюдение всех требований оказания мед.услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. С учетом полученной информации я даю свое добровольное информационное согласие на оказание медицинской услуги (проведение лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором. \_\_\_\_\_ (подпись)

**Договор № \_\_\_\_\_ о предоставлении платных медицинских услуг \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Областное бюджетное учреждение здравоохранения Пучежская центральная районная больница (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1023701726510, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 7) по Ивановской области, в лице Представителя Сторожиловой Г.М., действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., и гр-н \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, руководствуясь ГК РФ и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Постановление правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г.) заключили настоящий договор о нижеследующем:

- 1.В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги в согласованном сторонами объеме, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказываемых медицинских услуг. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-000798 выданной 06.09.2013г. Департаментом здравоохранения Ивановской области (адрес: г.Иваново, пр.Шереметевский, д.1, т. 93-81-45).
- 2.Основанием для оказания платной медицинской услуги Потребителю является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме. Документом, подтверждающим заказ Потребителем услуги и её стоимости, является платежный документ(кассовый чек или заполненная квитанция), выданный Потребителю Исполнителем. Ответственность за сохранность платежных документов и вина за негативные последствия их утраты возлагается на Потребителя. Оплата Потребителем медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и порядке оказания данной услуги, а также информированность Потребителя о стоимости услуги, месте её оказания, дате и времени оказания услуги, режиме работы Исполнителя, о работнике Исполнителя, оказывающем данную услугу. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, указаны в акте приёма-передачи услуг. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в момент заключения договора. Подтверждением платежа является кассовый чек или заполненная квитанция, которая является бланком строгой отчетности.
- 3.Исполнитель обязуется: Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и в период его действия. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну. Обеспечить Потребителя информацией об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов. Обеспечить возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя копии документов, отражающих его здоровье.
- 4.Потребитель обязуется до начала оказания медицинской помощи предоставить медицинскому персоналу Исполнителя всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья. Строго выполнять все предписания медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, соблюдать внутренний распорядок Исполнителя. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению договора.

5.Исполнитель имеет право: получать своевременно и в полном объёме оплату за медицинские услуги, а также получать с Потребителя оплату стоимости дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, направленных на устранение осложнений, связанных с нарушением режимом лечения, сокрытием Потребителем сопутствующих заболеваний и травм, а также их приобретением в процессе лечения в связи с нарушением режима, взыскать стоимость поврежденного или утерянного Потребителем инвентаря и оборудования, переданного ему в процессе получения медицинских услуг, требовать от Потребителя исполнения условий договора.

6.Потребитель имеет право: требовать предоставления мед.услуг надлежащего качества, а также предоставления информации о платных мед.услугах, относящихся к предмету договора.

7.Стороны несут ответственность по действующему законодательству РФ. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за неисполнение обязательств, если это является следствием форс-мажорных обстоятельств. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если причиной этому стало нарушение Потребителем условий договора, а также по иным основаниям. Предусмотренных законодательством РФ.

8.Спорные вопросы по настоящему договору Стороны разрешают путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в судебном порядке. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут досрочно по взаимному согласию сторон, либо по инициативе одной из сторон с уведомлением другой стороны за 7(семь) дней до даты расторжения. Стороны по взаимному согласию могут вносить изменения в договор путем заключения дополнительного соглашения. Во всём остальном, что не предусмотрено настоящим договоров, применяются нормы действующего законодательства РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_

Акт приема-передачи оказанных услуг

Наименование услуги	Код услуги	Кратность	Стоимость (руб.)	Ф.И.О. работника	Должность	КУ
<b>ИТОГО, руб.</b>						

Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя \_\_\_\_\_

5.Исполнитель имеет право: получать своевременно и в полном объёме оплату за медицинские услуги, а также получать с Потребителя оплату стоимости дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, направленных на устранение осложнений, связанных с нарушением режимом лечения, сокрытием Потребителем сопутствующих заболеваний и травм, а также их приобретением в процессе лечения в связи с нарушением режима, взыскать стоимость поврежденного или утерянного Потребителем инвентаря и оборудования, переданного ему в процессе получения медицинских услуг, требовать от Потребителя исполнения условий договора.

6.Потребитель имеет право: требовать предоставления мед.услуг надлежащего качества, а также предоставления информации о платных мед.услугах, относящихся к предмету договора.

7.Стороны несут ответственность по действующему законодательству РФ. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за неисполнение обязательств, если это является следствием форс-мажорных обстоятельств. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если причиной этому стало нарушение Потребителем условий договора, а также по иным основаниям. Предусмотренных законодательством РФ.

8.Спорные вопросы по настоящему договору Стороны разрешают путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в судебном порядке. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут досрочно по взаимному согласию сторон, либо по инициативе одной из сторон с уведомлением другой стороны за 7(семь) дней до даты расторжения. Стороны по взаимному согласию могут вносить изменения в договор путем заключения дополнительного соглашения. Во всём остальном, что не предусмотрено настоящим договоров, применяются нормы действующего законодательства РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_

Акт приема-передачи оказанных услуг

Наименование услуги	Код услуги	Кратность	Стоимость (руб.)	Ф.И.О. работника	Должность	КУ
<b>ИТОГО, руб.</b>						

Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя \_\_\_\_\_

Согласие на получение медицинских услуг на платной основе: Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, проинформирован о возможности получения медицинских услуг, предусмотренных нижеприведенным Договором на предоставление платных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и

территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно территориальная программа) без взимания платы в любых медицинских учреждениях, оказывающих данные услуги в соответствии с территориальной программой. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись)  
Информационное добровольное согласие на получение медицинской услуги: Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_. Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу - проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен с тем, что соблюдение всех требований оказания мед.услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. С учетом полученной информации я даю свое добровольное информационное согласие на оказание медицинской услуги (проведение лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором.  
\_\_\_\_\_ (подпись)

**Договор № \_\_\_\_\_ о предоставлении платных медицинских услуг «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения Пучежская центральная районная больница (Свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1023701726510, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 7 по Ивановской области), в лице Представителя Сторожиловой Г.М., действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по Ивановской области, и гр-н \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, руководствуясь ГК РФ и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Постановление правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г.) заключили настоящий договор о нижеследующем:  
1.В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги в согласованном сторонами объеме, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказываемых медицинских услуг. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-000798 выданной 06.09.2013г. Департаментом здравоохранения Ивановской области (адрес: г.Иваново, пр.Шереметевский, д.1, т. 93-81-45).  
2.Основанием для оказания платной медицинской услуги Потребителю является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме. Документом, подтверждающим заказ Потребителем услуги и её стоимости, является платежный документ(кассовый чек или заполненная квитанция), выданный Потребителю Исполнителем. Ответственность за сохранность платежных документов и вина за негативные последствия их утраты возлагается на Потребителя. Оплата Потребителем медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и порядке оказания данной услуги, а также информированность Потребителя о стоимости услуги, месте её оказания, дате и времени оказания услуги, режиме работы Исполнителя, о работнике Исполнителя, оказывающем данную услугу. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, указаны в акте приема-передачи услуг. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в момент заключения договора. Подтверждением платежа является кассовый чек или заполненная квитанция, которая является бланком строгой отчетности.  
3.Исполнитель обязуется: Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и в период его действия. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну. Обеспечить Потребителя информацией об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов. Обеспечить возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя копии документов, отражающих его здоровье.  
4.Потребитель обязуется до начала оказания медицинской помощи предоставить медицинскому персоналу Исполнителя всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья. Строго выполнять все предписания медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, соблюдать внутренний распорядок Исполнителя. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению договора.

**Согласие на получение медицинских услуг на платной основе:** Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_, проинформирован о возможности получения медицинских услуг, предусмотренных нижеприведенным Договором на предоставление платных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее соответственно территориальная программа) без взимания платы в любых медицинских учреждениях, оказывающих данные услуги в соответствии с территориальной программой. «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись)  
Информационное добровольное согласие на получение медицинской услуги: Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Законом «О защите прав потребителей» получил(а) всю интересующую меня информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, возможных вариантах вмешательства, о его последствиях, связанном с этим риском, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи от медицинского работника (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_. Меня проинформировали о мерах профилактики осложнений после лечения. Мне гарантировали, что будут приняты все необходимые меры предосторожности, а оказывать услугу - проводить лечение) будут квалифицированные специалисты. Я согласен с тем, что соблюдение всех требований оказания мед.услуг не может исключить возникновения побочных эффектов и осложнений. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. С учетом полученной информации я даю свое добровольное информационное согласие на оказание медицинской услуги (проведение лечения), а также на выполнение всех манипуляций, необходимых для оказания мне услуги, предусмотренной Договором.  
\_\_\_\_\_ (подпись)

**Договор № \_\_\_\_\_ о предоставлении платных медицинских услуг «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения Пучежская центральная районная больница (Свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1023701726510, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 7 по Ивановской области), в лице Представителя Сторожиловой Г.М., действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по Ивановской области, и гр-н \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, руководствуясь ГК РФ и «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (Постановление правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г.) заключили настоящий договор о нижеследующем:  
1.В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги в согласованном сторонами объеме, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказываемых медицинских услуг. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-37-01-000798 выданной 06.09.2013г. Департаментом здравоохранения Ивановской области (адрес: г.Иваново, пр.Шереметевский, д.1, т. 93-81-45).  
2.Основанием для оказания платной медицинской услуги Потребителю является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме. Документом, подтверждающим заказ Потребителем услуги и её стоимости, является платежный документ(кассовый чек или заполненная квитанция), выданный Потребителю Исполнителем. Ответственность за сохранность платежных документов и вина за негативные последствия их утраты возлагается на Потребителя. Оплата Потребителем медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и порядке оказания данной услуги, а также информированность Потребителя о стоимости услуги, месте её оказания, дате и времени оказания услуги, режиме работы Исполнителя, о работнике Исполнителя, оказывающем данную услугу. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, указаны в акте приема-передачи услуг. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в момент заключения договора. Подтверждением платежа является кассовый чек или заполненная квитанция, которая является бланком строгой отчетности.  
3.Исполнитель обязуется: Своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и в период его действия. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну. Обеспечить Потребителя информацией об условиях предоставления и получения услуг, а также сведения о квалификации специалистов. Обеспечить возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя копии документов, отражающих его здоровье.  
4.Потребитель обязуется до начала оказания медицинской помощи предоставить медицинскому персоналу Исполнителя всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья. Строго выполнять все предписания медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, соблюдать внутренний распорядок Исполнителя. Потребитель обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению договора.

5.Исполнитель имеет право: получать своевременно и в полном объеме оплату за медицинские услуги, а также получать с Потребителя оплату стоимости дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, направленных на устранение осложнений, связанных с нарушением режимом лечения, сокрытием Потребителем сопутствующих заболеваний и травм, а также их приобретением в процессе

лечения в связи с нарушением режима, взыскать стоимость поврежденного или утерянного Потребителем инвентаря и оборудования, переданного ему в процессе получения медицинских услуг, требовать от Потребителя исполнения условий договора.

6.Потребитель имеет право: требовать предоставления мед.услуг надлежащего качества, а также предоставления информации о платных мед.услугах, относящихся к предмету договора.

7.Стороны несут ответственность по действующему законодательству РФ. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за неисполнение обязательств, если это является следствием форс-мажорных обстоятельств. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если причиной этому стало нарушение Потребителем условий договора, а также по иным основаниям. Предусмотренных законодательством РФ.

8.Спорные вопросы по настоящему договору Стороны разрешают путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в судебном порядке. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут досрочно по взаимному согласию сторон, либо по инициативе одной из сторон с уведомлением другой стороны за 7(семь) дней до даты расторжения. Стороны по взаимному согласию могут вносить изменения в договор путем заключения дополнительного соглашения. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, применяются нормы действующего законодательства РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_

Акт приема-передачи оказанных услуг

Наименование услуги	Код услуги	Кратность	Стоимость (руб.)
<b>ИТОГО, руб.</b>			

Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя \_\_\_\_\_

5.Исполнитель имеет право: получать своевременно и в полном объеме оплату за медицинские услуги, а также получать с Потребителя оплату стоимости дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, направленных на устранение осложнений, связанных с нарушением режимом лечения, сокрытием Потребителем сопутствующих заболеваний и травм, а также их приобретением в процессе лечения в связи с нарушением режима, взыскать стоимость поврежденного или утерянного Потребителем инвентаря и оборудования, переданного ему в процессе получения медицинских услуг, требовать от Потребителя исполнения условий договора.

6.Потребитель имеет право: требовать предоставления мед.услуг надлежащего качества, а также предоставления информации о платных мед.услугах, относящихся к предмету договора.

7.Стороны несут ответственность по действующему законодательству РФ. Ни одна из сторон не будет нести ответственность за неисполнение обязательств, если это является следствием форс-мажорных обстоятельств. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если причиной этому стало нарушение Потребителем условий договора, а также по иным основаниям. Предусмотренных законодательством РФ.

8.Спорные вопросы по настоящему договору Стороны разрешают путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в судебном порядке. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут досрочно по взаимному согласию сторон, либо по инициативе одной из сторон с уведомлением другой стороны за 7(семь) дней до даты расторжения. Стороны по взаимному согласию могут вносить изменения в договор путем заключения дополнительного соглашения. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, применяются нормы действующего законодательства РФ. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Представитель Исполнителя \_\_\_\_\_

Потребитель \_\_\_\_\_

Акт приема-передачи оказанных услуг

Наименование услуги	Код услуги	Кратность	Стоимость (руб.)
<b>ИТОГО, руб.</b>			

Подпись Исполнителя \_\_\_\_\_

Подпись Потребителя \_\_\_\_\_