Приложение № 1

 к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских и иных услуг в ГБУЗ НО «НОДКБ»

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских (иных) услуг**

г. Нижний Новгород, ул. Ванеева, 211

Контактные телефоны: (831) 467-14-34,467-14-35 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная детская клиническая больница»** (далее ГБУЗ НО «НОДКБ») (лицензия № JI052-01-004688 от 05 февраля 2015 г., бессрочная), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель»,** в лице главного врача Кадникова Олега Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель пациента

Ф.И.О. полностью: в первой строке - пациента, во второй - законного представителя с указанием основания считаться представителем (отец, мать, опекун, попечитель или представитель по договору)

Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1. «**Заказчик**» поручает, а «**Исполнитель**» принимает на себя обязательства выполнить медицинские, сервисные услуги согласно бланку заказа, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

Срок исполнения услуги: в течение месяца.

1. **Права и обязанности сторон:**
	1. «**Заказчик**» обязан:
		1. оплатить «**Исполнителю**» медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;
		2. информировать врача до оказания медицинской помощи о перенесенных заболеваниях, травмах, известных ему аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и противопоказаниях к их применению;
		3. выполнять все предписания врача, медицинские рекомендации, правила внутреннего распорядка в больнице и режиме пребывания в стационаре;

2.2. «**Заказчик**» имеет право:

1. на выбор медицинской организации и врача (с учетом его согласия);
2. на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством;
3. на информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.3. «**Исполнитель**» имеет право:

1. в случае возникновения критического состояния, угрожающего жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и других действий, необходимых для оказания квалифицированной, качественной медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.4. «**Исполнитель**» обязан:

1. обеспечить соответствие предоставляемых им платных медицинских, услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
2. обязан обеспечить «**Заказчика**» необходимой и достоверной информацией по оказанию медицинских услуг в ГБУЗ НО «НОДКБ».

Я проинформирован(а) о порядке оказания амбулаторных и стационарных бесплатных и платных медицинских услуг в ГБУЗ НО «НОДКБ», согласно Программы Государственных гарантий. Я получил(а) полную и понятную мне информацию об оказываемых моему ребенку медицинских услугах. Подтверждаю, что мое желание получить платные медицинские услуги является добровольным.

Я уведомлен(а) ГБУЗ НО «НОКДБ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ГБУЗ НО «НОДКБ» (медицинских работников, предоставляющих платные медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья потребителя).

 / /

Подпись Расшифровка подписи Дата (число, месяц, год)

1. **Условия и порядок оплаты.**
	1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей.

(указать сумму цифрами и прописью)

* 1. Оплата услуг осуществляется «**Заказчиком**» в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу «**Исполнителя**».
	2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «**Заказчика**». Данные изменения должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.
1. **Ответственность сторон**.
	1. Медицинский персонал «**Исполнителя**» несет персональную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, в соответствии с законодательством в РФ.
	2. «**Исполнитель**» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «**Заказчиком**» условий настоящего договора.
2. **Прочие условия.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается получением «**Заказчиком**» услуги (подтверждением является заключение по результатам диагностического обследования или выписки из истории болезни).

5.2. Договор составлен в 2-х экземплярах: один экземпляр для «**Заказчика**»; второй экземпляр для «**Исполнителя**».

* 1. Споры и разногласия по настоящему договору разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.
	2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи.
1. **Реквизиты сторон**

«**Заказчик**»: Паспортные данные и адрес указаны в преамбуле договора

**«Исполнитель**»: ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница» ул. Ванеева, д. 211, г. Нижний Новгород, 603136

Министерство финансов Нижегородской области (л/с 24001020030 ГБУЗ НО « Нижегородская областная детская клиническая больница»)

в Волго - Вятское ГУ Банка России р/с 40601810422023000001

БИК 042202001 ИНН 5262035017 КПП 526201001 ОКТМО 22701000 ОГРН 1025203732267

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. Ю. Кадников

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная детская клиническая больница» Н. Новгород, ул. Ванеева, 211**

Контактные телефоны: (831) 467-14-34, 467-14-35

БЛАНК-ЗАКАЗ №

на платные медицинские услуги

Дата приема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Плательщик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кол-во\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма

Выполнил

Сумма к оплате

Кабинет

Врач

Медсестра

 Плательщик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_