|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_****на оказание платных услуг**г.Верхняя Пышма «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д.Бородина» (**Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-006486 от 29.04.2020 г.**), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), действующей(его) на основании Доверенности №\_\_\_\_\_ от\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_г., далее- «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее – «Потребитель», с другой стороны, именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Предмет договора** 1.1 Исполнитель принимает на себя обязательства предоставить Потребителю следующую медицинскую и(или) немедицинскую (сервисную) услугу:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № кода | Наименование услуг | Цена за единицу | Количество | Сумма |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО** |  |  |  |

**2. Права и обязанности сторон**2.1.Исполнитель обязуется предоставить указанную в п.1.1 услугу, соответствующую требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.Место оказания услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | 2.2. Потребитель обязуется оплатить оказываемую услугу.2.3. Потребитель обязуется выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.**3. Цена услуги, сроки её исполнения, порядок оплаты*** 1. Цена услуги составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_\_ коп. в соответствии с утвержденными тарифами. 3.2 Оплата услуги производится Потребителем в течение 15 дней после подписания настоящего договора в виде предварительной оплаты, вносимой в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При этом Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату. * 1. Потребитель должен обратиться за оказанием услуги в течение 30 дней со дня подписания настоящего договора.
	2. Исполнитель оказывает услугу в течение 30 дней со дня обращения Потребителя при условии оплаты в соответствии с п.3.2 настоящего договора.

**4. Ответственность сторон и порядок расторжения договора**4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.4.2. Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.4.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.**5. Дополнительные условия**5.1 Потребителю Исполнителем разъяснены возможность и порядок получения услуг на бесплатной основе в рамках ОМС, Потребитель отказывается от получения бесплатной услуги.5.2. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что согласен на получение услуги на возмездной основе. **6. Адреса, реквизиты и подписи сторон**6.1 Исполнитель: государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Верхнепышминская Центральная городская больница имени П.Д.Бородина»,ИНН 6606003441; ОГРН 1026600729792, получатель: Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «Верхнепышминская ЦГБ им. П.Д. Бородина»), р/с 40601810165773000001 в Уральском ГУ Банка России, БИК 046577001, л/с 33013009870, реквизиты банка: ИНН 7702235133, КПП 6670145008Адрес: 624090, г.В-Пышма, ул.Чайковского,32; тел. (34368) 5-43-21.6.2 Потребитель:  Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Потребитель: Исполнитель:  |