**ИНФОРМИРОВАНИЕ И УВЕДОМЛЕНИЯ ДЛЯ ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ**

**(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Настоящим ОГБУЗ ОБ КО № 1 **уведомляет Заказчика/Потребителя (законного представителя)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес местожительства)***

о том, что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика;

- Заказчик, находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=1C3A8A8CC60DB42E862A6EC376359C91FB78661392A2569A630C7BA8D5EA61305DA3E491F00F554791DF3F86A9P3kDH) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

- возможно получить соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=D6AFE54402C444249268050D991E4273E86EA040FC457ED8C0C83945BA22F416F79B418DF83CB9D39E39475549BE1DD2D8C197B220BCC3E9T0J8H) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- для ознакомления по требованию Заказчика Исполнитель может предоставить выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

1. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи до Заказчика/Потребителя (законного представителя) медицинским работником доведена.
2. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи до Заказчика/ Потребителя (законного представителя) медицинским работником доведена.
3. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) до Заказчика/ Потребителя (законного представителя) доведена.
4. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации указана в Положении о порядке рассмотрения обращений граждан и организаций ОГБУЗ ОБ КО № 1, которое размещено на официальном сайте организации gb2.dzo44.ru. Почтовый адрес и адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба) указаны в реквизитах договора (п. 9).
5. График работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг размещен на официальном сайте ОГБУЗ ОБ КО № 1.

V*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* V*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***подпись Ф.И.О. Заказчика/Потребителя***

*«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.*

**Договор №\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. г. Кострома

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Окружная больница Костромского округа № 1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Л.В. Окороковой, действующего на основании Устава и лицензии Л041-01140-44/00572720, дата предоставления лицензии: 26.06.2020 – бессрочно, лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Костромской области, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ФИО Заказчика/Потребителя (законного представителя)***

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика/Потребителя (законного представителя) обязуется оказать (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

следующие медицинские услуги, а Заказчик/Потребитель (законный представитель) обязуется оплатить данные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором | Срок исполнения, дата | Цена по прейскуранту,  руб. | Итого сумма к оплате,  руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**V** 1.2. Медицинская услуга оказывается **в условиях** **стационара либо амбулаторно (нужное подчеркнуть).**

1.3. **Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг – до 7 (семи) календарных дней со дня заключения договора.**

1.4. Исполнитель обязуется выполнить заявленные медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства.

1.5. Длительность проведения лабораторного обследования, диагностических манипуляций определяется порядками, рекомендациями, утвержденными инструктивными материалами.

1.6. Заказчик/Потребитель (законный представитель) и Исполнитель принимают на себя обязательство не раскрывать посторонним лицам характер и объемы оказываемых услуг, в том числе обязуются хранить в тайне врачебную и иную конфиденциальную информацию.

**1.7. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией (информация о лицензированных видах деятельности) Исполнителя размещен на сайте учреждения: gb2.dzo44.ru и стендах, находящихся по месту оказания услуг. По требованию Заказчика лицензия может быть предоставлена на бумажном носителе.**

**2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Заказчиком/Потребителем (законным представителем) в кассу Исполнителя, расположенную в поликлинике взрослых № 3 по адресу: г. Кострома, ул. Коммунаров, 4 либо в кассу, расположенную на первом этаже лечебно-административного корпуса по адресу: г. Кострома, ул. Спасокукоцкого, 29/62. Оплата производится в соответствии с прейскурантом и Положением об организации платных услуг, утвержденными Исполнителем, с соблюдением указаний ЦБ РФ о предельном размере расчетов наличными деньгами.

2.2. Оплата за медицинские услуги осуществляется следующим образом по выбору Заказчика/Потребителя (законного представителя):

**V** Возможна предоплата в размере\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, либо оплата после оказания услуги в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(указать по выбору)**

**V** 2.3. Срок оплаты (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4. Заказчику/Потребителю (законному представителю) в случаях, установленных законодательством РФ о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.5. Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю (законному представителю) письменный акт об оказании платных медицинских услуг. Подписанный сторонами акт об оказании услуг является подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику/Потребителю (законному представителю). Заказчик/Потребитель (законный представитель) обязуется рассмотреть и подписать акт, представленный Исполнителем.

2.6. **На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Заказчика/Потребителя (законного представителя) или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.**

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Согласованные виды медицинских услуг выполнить качественно и в срок.

3.1.2. Предоставлять необходимую информацию Заказчику/Потребителю (законному представителю) об условиях предоставления и оказания услуги, её стоимости, квалификации и сертификации специалистов, выполняющих медицинские услуги.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну.

3.1.4. **Предупредить Заказчика/Потребителя (законного представителя) о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Заказчика/Потребителя (законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Конкретные дополнительные медицинские услуги и их стоимость с согласия Заказчика/Потребителя (законного представителя) вписываются в основной договор без заключения дополнительного соглашения. По требованию Заказчика/Потребителя (законного представителя) может быть оформлено дополнительное соглашение к договору либо новый договор с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.**

3.1.5. Выдать после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

**Порядок и условия выдачи медицинских документов:** сразу же после исполнения договора выдача документов производится без заявления Заказчика/Потребителя (законного представителя). По прошествии времени документы выдаются на основании письменного запроса Заказчика/Потребителя (законного представителя) в соответствии с Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», а также приказом ОГБУЗ ОБ КО № 1 об утверждении порядков и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них.

3.2. Заказчик/Потребитель (законный представитель) обязуется:

3.2.1. оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

3.2.2. Являться на врачебный прием, диагностические манипуляции, процедуры в установленное время.

3.2.3. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.2.4. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

3.2.5. Выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью, соблюдать внутренний режим организации.

3.2.5. За 24 (двадцать четыре) часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.2.6. Заказчик/Потребитель (законный представитель) с подписанием настоящего договора выражает согласие на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, телефон, паспортные данные, СНИЛС, наличие инвалидности, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Отказать в приеме Заказчику/Потребителю (законному представителю) в случае если действия Заказчика/Потребителя (законного представителя) угрожают жизни и здоровью персонала.

3.3.2. На перенос срока получения услуги в случае опоздания Заказчика/Потребителя (законного представителя)более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3.3. На хранение и обработку персональных данных Заказчика/Потребителя (законного представителя) (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, телефон, паспортные данные, СНИЛС, наличие инвалидности, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.4. Заказчик**/**Потребитель (законный представитель) имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

**4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

4.1. Заказчик/Потребитель (законный представитель) уведомляется о том, что у него имеется возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа). Отказ Заказчика/Потребителя (законного представителя) от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

4.2. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

4.3. Порядок определения цен (стоимости) на медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем, устанавливается органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя – Департаментом здравоохранения Костромской области.

4.4. При предоставлении платных медицинских услуг медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

4.5. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам.

В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

4.6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.7. Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.8. Исполнитель предоставляет Заказчику/потребителю (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.9. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

4.10. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Заказчиком/Потребителем возникает в соответствии с [главой III](consultantplus://offline/ref=B218650D7004B008711078305B28E897F67272D3552EA0711B4B3BA115B0301EB678DF3255FFCB64E13589F0DC6C4C7AC2BBD965F2767A65WFf4H) Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

**5. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

5.1. В соответствии со ст. 9 ФЗ № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», Заказчик дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, телефон, паспортные данные, СНИЛС, наличие инвалидности, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные медицинские услуги. В случае оказания услуг лицу, не являющемуся Заказчиком по договору, указанное лицо согласие на обработку персональных данных дает самостоятельно, либо за него это может сделать законный представитель.

5.2. Персональные данные будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

5.3. Подписанием настоящего договора дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.

5.4. Заказчик оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Исполнителя по почте, при этом Исполнитель обязан прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика/Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств (за исключением случаев, когда качество исследования и консультации не соответствуют требованиям, по причинам, не зависящим от Исполнителя), Исполнитель обязан произвести повторное исследование или консультацию без дополнительной оплаты.

6.4. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в районном суде г. Костромы по месту нахождения Исполнителя.

**7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует до полного исполнения принятых на себя обязательств.

7.2. В случае отказа Заказчика/Потребителя (законного представителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик/Потребитель (законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.3. Внесение изменений в договор допускается путем заключения дополнительного соглашения, подписанного обеими сторонами.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон в любой день действия договора либо в одностороннем порядке, причем заинтересованная в расторжении договора сторона предупреждает другую сторону за 2 рабочих дня до предполагаемой даты расторжения договора. Оплата производится за фактически оказанные услуги к моменту расторжения договора.

7.5. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик/Потребитель (законный представитель) оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**8. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Взаимодействие сторон, не урегулированные в настоящем договоре, регулируются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом). Все экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

8.3. Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

**8.4. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Заказчика/Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы** Заказчика/Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета.

**9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Окружная больница Костромского округа №1» (ОГБУЗ ОБ КО № 1)  156002 г. Кострома, ул. Спасокукоцкого, д. 29/62  тел. (4942) 31-27-49 - приемная, 31-79-59 - факс,  ИНН 4442003213, ОГРН 1024400523278  Адрес электронной почты: **obko1@dzo.kostroma.gov.ru**  Адрес официального сайта: gb2.dzo44.ru  Регистрационный номер лицензии:  Л041-01140-44/00572720  Дата предоставления лицензии: 26.06.2020 - бессрочно.  Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Костромской области.  Департамент финансов КО л/с 061.03.03.04  Казначейский счет 03224643340000004101  Отделение Кострома Банка России//УФК по Костромской области г. Кострома БИК ТОФК 013469126  Единый казначейский счет 40102810945370000034  **Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Окорокова Л.В.**  или его заместители Васкецова Светлана Николаевна, Сурогин Алексей Николаевич, Кулишенко Наталия Львовна, начальник амбулаторно-поликлинической службы Назарова Лидия Борисовна, действующие на основании приказа № 240 от 27.02.2025 «О делегировании права первой подписи». | **Заказчик**  **ФИО Заказчика/Потребителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес Заказчика/Потребителя (законного представителя)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Данные** **документа, удостоверяющего личность Заказчика/Потребителя (законного представителя)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

# Приложение к договору

# от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

# Акт об оказании услуг

**от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Окружная больница Костромского округа № 1», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Л.В. Окороковой, действующей на основании Устава и лицензии Л041-01140-44/00572720, дата предоставления лицензии: 26.06.2020 – бессрочно, лицензирующий орган: Департамент здравоохранения Костромской области, с одной стороны и

**V** гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Заказчика/Потребителя и/или законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г. на оказание платных медицинских услуг Исполнителем медицинские услуги были оказаны надлежащим образом в полном объеме.

Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.

**Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /**

**Заказчик/Потребитель**

**(законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /**

**В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика/Потребителя (законного представителя) от подписания акта Исполнитель вправе составить односторонний акт об оказании услуг. Услуги, указанные в данном акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Заказчиком и подлежат оплате в соответствии с условиями договора.**