**Приложение №3**

**к положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг**

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

(с юридическими лицами)

пос. Пенькозавод «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Специализированная психиатрическая больница № 6» министерства здравоохранения Краснодарского края, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем Заказчик, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с другой стороны, а при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

* Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику платную медицинскую услугу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Стоимость и порядок расчета

* 1. Стоимость по настоящему договору определяется по фактическому объему предоставленных услуг, исходя из стоимости одной услуги, согласно действующему прейскуранту (Приказ РЭК департамента цен и тарифов Краснодарского края от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с изменениями). Стоимость одной услуги на момент заключения договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (приложение № 1 к договору). В случае изменения стоимости услуг оплата производится по вновь утвержденному прейскуранту. НДС не предусмотрен
  2. Оплата Заказчиком за предоставление медицинских услуг при проведении медицинского освидетельствования производится по безналичному расчету на счет Исполнителя по факту выполненной работы в течение 14 (четырнадцати) банковских дней с момента получения Заказчиком счета на оплату и акта выполненных работ.
  3. Оплата производится за фактически оказанные услуги за определённый период времени – один месяц.

Стоимость медицинской услуги может быть изменена Исполнителем в соответствии с прейскурантом цен, утвержденных в установленном порядке. Об изменении стоимости услуг Заказчик извещается в течение 5 (пяти) дней, при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

* 1. Первичные бухгалтерские документы по совершенной хозяйственной операции предоставляются Заказчику в срок до 01 числа месяца, следующего за отчетным.

1. Обязанности сторон
   1. Исполнитель обязан:

* Оказать платную медицинскую услугу (указать наименование услуги) с надлежащим качеством и в полном объеме с момента прибытия лица, по направлению, выданному Заказчиком;
* По результатам оказания услуги выдать заключение установленной формы;
* Известить Заказчика об изменениях в стоимости услуг (услуги);
* Известить Заказчика о случаях невозможности допуска к работе (по состоянию здоровья) направленного на медицинское освидетельствование;
* Вести учёт получивших платную медицинскую услугу и средств, поступивших на оплату за выполненную медицинскую услугу (услуги).
  1. Заказчик обязан:
* Своевременно произвести оплату оказанных услуг;
* Направить лиц для получения медицинских услуг, согласно графику работы Исполнителя.

1. Ответственность сторон

4.1. По требованию Заказчика (Потребителя услуг) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора и установленные действующим законодательством.

4.2. За просрочку оплаты предоставляемых медицинских услуг относительно сроков указанных в п. 2.2. настоящего договора Заказчик оплачивает Исполнителю пеню в размере 0,1% процента от неоплаченной или несвоевременно оплаченной суммы за оказанные платные медицинские услуги за каждый день просрочки.

4.3. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинской услуги.

4.4. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по данному договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1. Срок действия договора, порядок его расторжения
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
   2. Срок действия договора до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.
   3. Условия договора могут быть изменены по согласованию Сторон и оформлены в письменной форме в виде дополнений, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора.
   4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон с предварительным уведомлением за 10 (десять) дней, а также по другим основаниям, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
2. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

6.1. Стороны освобождаются от ответственности по данному договору, если это связано с обстоятельствами непреодолимой силы: пожаром, стихийным бедствием и другими причинами, не зависящими от Сторон.

6.2. При наступлении названных обстоятельств, Сторона должна известить другую Сторону, и впоследствии форс-мажорные обстоятельства подтвердить соответствующими документами.

1. Прочие условия
   1. Споры и разногласия по договору Стороны решают путем переговоров и в претензионном порядке, в случае невозможности урегулировать разногласия спор решается в судебном порядке.
   2. Перечень лицензионных видов деятельности приобщен к договору в приложении № 3. Приложения к данному договору (№ 1-3) являются неотъемлемой частью договора.
   3. Договор составлен в 3х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному у каждой из Сторон настоящего договора.
   4. На медицинское освидетельствование принимаются жители Краснодарского края. Направляемый работник должен иметь при себе паспорт, военнообязанные – паспорт и военный билет.
2. Юридические адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №6» министерства здравоохранения Краснодарского края  ИНН 2345003380  КПП 234501001  ОГРН1022304445350  352274 пос Пенькозавод, ул. Широкая, 2  Банк: Южное ГУ Банка России  р/сч 40601810900003000001  л/сч 828522170 министерства финансов Краснодарского края (ГБУЗ «СПБ №6»)  БИК 040349001 | Заказчик |
| Главный врач  ГБУЗ «СПБ № 6»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. |

Приложение № 1

к договору

на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_ \_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

Выписка

из прейскуранта на платные медицинские услуги

(кроме экстренной медицинской помощи)

ГБУЗ «СПБ № 6» (Основание: приказ РЭК департамента цен и тарифов Краснодарского края от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с изменениями)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование медицинской услуги | Единица  измерения | Цена  руб. |
| 1 |  |  |  |

Исполнитель Заказчик

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач ГБУЗ «СПБ № 6»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  М.П. |

Приложение № 2

к договору

на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_»\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_

*ГБУЗ «Специализированная*

*психиатрическая больница № 6»*

*министерства здравоохранения Краснодарского края,*

*образец*

направление

*форма оплаты – безналичный расчет*

*(по договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2013г.)*

Направляется \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. полностью)*

на медицинское освидетельствование врачом-психиатром для прохождениямедицинского освидетельствования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на должность (по профессии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в отдел (подразделение) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Неблагоприятные факторы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Ведущий специалист ОУП /Ф.И.О./

м.п.

ПРИМЕЧАНИЕ: для медицинского освидетельствования врачом-психиатром