Приложение 1

к Порядку предоставления платных

медицинских услуг (услуг в сфере

здравоохранения, услуг

по организации питания)

учреждениями здравоохранения

государственной и муниципальной

систем здравоохранения

(подпункт 5 пункта 3.1.3)

**Договор на предоставление платных лабораторных, диагностических**

**и консультативных услуг по обращениям граждан[[1]](#footnote-1) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.         г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии серии \_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер решения о выдаче лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в лице (главного врача, директора) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, инициалы )

действующего на основании Положения и/или доверенности № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и «Потребитель» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

1.1. «Исполнитель» в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество)

обязан предоставить Потребителю всестороннюю информацию о предоставляемой услуге, уведомить о возможных обострениях, осложнениях и берет на себя ответственность за предоставление платных лабораторных, диагностических и консультативных услуг по обращениям граждан надлежащего качества в следующем объёме:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код услуги  | Наименование услуги | Кол-во | Срокисполнения, дата | Цена попрейскуранту,рос. руб | Итогосумма к оплате,рос. руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1.2. «Потребитель» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

обязан:

- оплатить 100 % стоимости предоставляемой медицинской услуги (медицинских услуг) по безналичному расчету/в кассу до момента оказания услуг(и);

- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

**2. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

2.1. Претензии от «Потребителя» по надлежащему исполнению платной медицинской услуги или о неудовлетворенности оказанной услугой принимаются уполномоченным лицом «Исполнителя» (заместителем руководителя по лечебной работе, дежурным администратором) в течение 3-х дней в письменной форме.

2.2. Уполномоченное лицо «Исполнителя» обязано в течение суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

назначить новый срок оказания услуги;

назначить повторное оказание услуги;

уменьшить стоимость предоставленной услуги;

определить другого специалиста для исполнения услуги;

принять решение о возмещении убытков «Потребителю».

2.3. В случае неудовлетворённости «Потребителя» решением уполномоченного лица «Исполнителя», претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с Законом Донецкой Народной Республики «О защите прав потребителей».

2.4. При лечении могут возникнуть обострения и осложнения, о чем пациент предупрежден.

2.5. Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр которого хранится у «Потребителя», другой – у «Исполнителя».

**С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»** | **«Потребитель»** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы ) (подпись)М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы ) (подпись) |

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

заполняется после оказания услуг

«Потребитель» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

1. Форма договора может использоваться при оказании платных стоматологических услуг [↑](#footnote-ref-1)