Договор № __
Возмездного оказания медицинских услуг

г. Липецк «__» _____ 202_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Липецкой области», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.Е.Игнатовского, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице директора _____ _____, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги на условиях настоящего Договора. Перечень и стоимость платных медицинских услуг предоставляется в соответствии с настоящим договором п. 1.2., п.2.2.
1.1. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику в рамках настоящего Договора: обслуживание массовых мероприятий фельдшерской бригадой с целью обеспечения массовых мероприятий медицинской помощью, при необходимости госпитализацией (иные функции бригад не предусмотрены): мероприятие _____.
1.2. Дата и время предоставления услуги:
_____.
Совокупная стоимость оказанных услуг складывается от начала выезда бригады из ГУЗ «ЦСМПИМКЛО» до возвращения в ГУЗ «ЦСМПИМКЛО». Время оказанной услуги: _____.

2. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

2.1. Цена настоящего Договора (стоимость услуг) определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта цен, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Перечень конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Заказчику, указан в п.1.2. настоящего Договора.
2.2. Стоимость оказываемой услуги за 1 час – согласно прейскуранта цен на платные медицинские услуги.
Итоговая стоимость договора _____.
2.3. Оплата по Договору производится Заказчиком путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в размере 100% от суммы Договора - по факту оказания услуги, в течение 15 рабочих дней.

3.Условия предоставления платных медицинских услуг.

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.
3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность

медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, законами и иными нормативно - правовыми актами Российской Федерации в сфере здравоохранения.
3.3. Заказчик может предоставить Исполнителю медицинскую документацию, информацию или иные сведения, касающиеся факта обращения за медицинской помощью, не противоречащие действующему законодательству.
3.4. Заказчик заблаговременно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях, которые могут повлиять на качество и своевременность оказываемых медицинских услуг.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. Обязанности Исполнителя:
- обеспечить выполнение принятых на себя обязательств силами собственных специалистов;
- обеспечить информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, сведения о квалификации специалистов;
4.1.1. Исполнитель оставляет за собой право одностороннего отказа от исполнения договора при условии полного возмещения убытков Пациенту.
4.2. Обязанности Заказчика:
- бережно относиться к имуществу Исполнителя.
- заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.
4.2.1. Права Заказчика:
- отказаться от медицинской услуги в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесенные затраты.
- в случае изменения цены услуги в ходе действия настоящего договора Заказчик имеет право на оказание услуги по цене, действующей на момент заключения договора.
- Заказчик вправе обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу Исполнителя.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий Договора.

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
5.2. Вред, причиненный Заказчику в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителю в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
6.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Заказчик в письменной форме

информирует Исполнителя о расторжении Договора по собственной инициативе, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением условий договора.

7. Срок действия Договора и иные условия.

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору. Срок выполнения платных медицинских услуг по настоящему Договору установлен: _____202_ года по адресу: _____.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон.

Исполнитель: Государственное учреждение здравоохранения «Центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Липецкой области» Адрес: 398032, г. Липецк, ул. Титова, 6/4 ИНН/КПП:4826085301/482601001 ОГРН:1124823018110 БИК: 014206212 р/с 03224643420000004600, л/с 20007000580 Банк: Отделение Липецк Банка России/УФК по Липецкой области г. Липецка Лицензия на осуществление медицинской Деятельности № 41-01195-48/00324911 от 25.08.2020 выдан Управлением здравоохранения Липецкой области. т. 23-80-02, 23-80-82 Контактные телефоны: 22-94-43,22-94-24, 22-94-07 ,22-94-26 эл.почта: lossmp@mail.ru	Заказчик: _____ Адрес: _____ ИНН _____ КПП _____ ОГРН _____ ОКПО _____ ОКВЭД _____ Банк_____ БИК _____ ОГРН _____ р/сч _____ к/счет _____ Контактный телефон: _____ Контактное лицо: _____
Главный врач А.Е.Игнатовский _____	Исполнительный директор _____