

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

г. Красноярск

« _____ » _____ 2024 г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» (сокращенное наименование КГБУЗ ККПНД № 1), лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01019-24/00363860 от 11 ноября 2020г. выдана Министерством здравоохранения Красноярского края, находящимся по адресу: г. Красноярск, ул. Курчатова, д. 14, ОГРН 1102468019356, идентификационный номер налогоплательщика 2463220198, сайт www.kraspsixo.ru именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующей отделения платных услуг Тархановой Аллы Леонидовны, действующей на основании доверенности № 5 от 12.01.2023 г. с одной стороны, и гр. Ф.И.О.) _____

_____ адрес _____ места жительства _____, данные документа, удостоверяющего личность _____

Именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платной медицинской услуги.
- 1.2. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ** качественно, в полном объеме.
- 1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 1.4. Место оказания услуг: г. Красноярск, ул. Ломоносова, 1.

2. Права и обязанности сторон

- 2.1. Исполнитель обязан:
 - 2.1.1. Оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
 - 2.1.2. Предоставить Заказчику бесплатную, достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге;
 - 2.1.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Заказчика (врачебную тайну).
- 2.2. Заказчик обязан:
 - 2.2.1. Оплатить оказываемую медицинскую услугу;
 - 2.2.2. Выполнять требования, предъявляемые исполнителем, обеспечивающие качественное предоставление платных услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
 - 2.2.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по данному договору, стороны несут ответственность, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
 - 2.2.4. Соблюдать правила посещения поликлиники для взрослых.

3. Цена договора и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг по настоящему договору составляет: **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ 800 (ВОСЕМЬСОТ) рублей 00 копеек** согласно приказа Министерства здравоохранения Красноярского края от 06.06.2017г. № 47-н и приказа Министерства здравоохранения Красноярского края от 06.04.2015 г. № 43-н. В соответствии со ст. 149 НК РФ стоимость оказываемых медицинских услуг НДС не облагается.
- 3.2. Заказчик производит оплату за оказание платных медицинских услуг путем внесения денежных средств в кассу, или на расчетный счет Исполнителя, в размере 100% предоплаты, после подписания настоящего договора.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственность за ненадлежащее исполнение договора, если Заказчик не обеспечил явку работников в установленные договором сроки.
4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. При не достижении согласия, споры разрешаются в арбитражном суде Красноярского края.

5. Срок действия договора и порядок его расторжения

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения ими принятых обязательств.
5.2. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
5.3. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Прочие условия

6.1. Все изменения и дополнения к договору действительны, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
6.2. Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»	«ЗАКАЗЧИК»
КГБУЗ ККПНД № 1 660041, г. Красноярск, ул. Курчатова, 14 ИНН/КПП 2463220198/246301001 Минфин края (КГБУЗ ККПНД №1, л/с 75192A25641) р/с 40601810804073000001	

Дата оказания услуги « _____ » _____ 2024 г.

Акт выполненных медицинских услуг

1. Наименование услуги **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ**
2. Настоящим подтверждаем, что все обязательства по настоящему договору выполнены в полном объеме, стороны не имеют взаимных претензий.
3. Заключение ВК на руки получено.
4. На передачу заключения ВК работодателю согласие (не) даю.

Исполнитель

Заказчик

_____ / _____ /

_____ / _____ /

М.П.

Дата оказания услуги « _____ » _____ 2024 г.