Д О Г О В О Р

### 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 № Л041-01019-24/00363860 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](http://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. Настоящий договор определяет условия оказания платной медицинской услуги.
	2. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг: КОМПЛЕКСНОЕ **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ, качественно**, в полном объеме.
	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.
	4. Место оказания услуг: г. Красноярск, ул. Ломоносова, 1.
2. **Права и обязанности сторон**
	1. Исполнитель обязан:
		1. Оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую услугу;
		2. Предоставить Заказчику бесплатную, достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге;
		3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Заказчика (врачебную тайну).
	2. Заказчик обязан:
		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.

1. **Цена договора и порядок расчетов**
	1. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг по настоящему договору составляет: **КОМПЛЕКСНОЕ** **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ 2000 (ДВЕ ТЫСЯЧИ) рублей 00 копеек,** согласно приказу 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.
	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
2. **Ответственность сторон**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	2. Исполнитель не несет ответственность за ненадлежащее исполнение договора, если Заказчик не обеспечил явку работников в установленные договором сроки.
	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 недостижении согласия, споры разрешаются в арбитражном суде Красноярского края.
3. **Срок действия договора и порядок его расторжения**
	1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения ими принятых обязательств.

 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.

* 1. **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.**
1. **Прочие условия**
	1. Все изменения и дополнения к договору действительны, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
	2. Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
2. **Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»** | **«ЗАКАЗЧИК»** |
| КГБУЗ ККПНД № 1660041, г. Красноярск, ул. Курчатова,14ИНН/КПП 2463220198/246301001Минфин края(КГБУЗ ККПНД №1, л/с 75192А25641)р/с 40601810804073000001  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата оказания услуги «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.

### Акт выполненных медицинских услуг

1. Наименование услуги КОМПЛЕКСНОЕ **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ**
2. Настоящим подтверждаем, что все обязательства по настоящему договору выполнены в полном объеме, стороны не имеют взаимных претензий.
3. Заключение ВК на руки получено.

Исполнитель Заказчик

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 М.П. Дата оказания услуги «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 г.