

Приложение №__ к Приказу главного врача ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» от _____
№ _____
Форма
Договор № _____
оказания платных немедицинских услуг

г. Всеволожск

"__" _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»), (188643, Ленинградская область, город Всеволожск, Колтушское шоссе, дом 20, ОГРН 1034700559244, ИНН 4703032701), Лицензия на осуществление медицинской деятельности от "31" августа 2020 г. № ЛО41-01149-47/00370438, предоставлена Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (191124, г. Санкт – Петербург, ул. Лафонская, д. 6, лит. А, тел. 539-45-45), срок действия Лицензии: бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Понкратова Станислава Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуем__ в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать _____

(Фамилия, имя, отчество пациента)

следующие немедицинские услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи

Наименование платной немедицинской услуги	Сроки оказания платной немедицинской услуги	Единица измерения	Кол-во, оказанных платных немедицинских услуг	Цена за единицу, руб. (в том числе НДС 20%)	Итого руб. (в том числе НДС 20%)
	с _____ по _____	услуга			

1.2. Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных немедицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты.

2.1. Стоимость предоставляемой услуги по настоящему договору устанавливается в сумме _____, в том числе НДС 20% _____, согласно утвержденному Прейскуранту Исполнителя действующему на момент заключения договора.

2.2. Оплата оказанных услуг производится Заказчиком, посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Форма оплаты: предоплата 100%.

2.4. Датой оплаты оказанных услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора надлежащего качества.

3.1.2. Предоставить Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию о предоставляемой услуге.

3.1.3. Ознакомить Заказчика с Правилами внутреннего распорядка для пациентов в Учреждении.

3.1.4. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему договору услуг требованиям, установленным на территории Российской Федерации.

3.1.5. Хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика и за иные сведения, полученные при его нахождении в медицинском Учреждении.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Заказчика информацию, необходимую для оказания платных немедицинских услуг.

3.2.2. Требовать от Заказчика соблюдения условий настоящего договора.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Исполнителем немедицинские услуги в соответствии с условиями договора.

3.3.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных немедицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.3.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

3.3.4. Возместить убытки в случае причинения ущерба Заказчиком имуществу Исполнителя.

3.4. Заказчик вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой немедицинской услуги.

3.4.2. Отказаться от немедицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуги.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество оказываемых платных немедицинских услуг;
- за соблюдение сроков оказания платных немедицинских услуг.

4.2. Заказчик несет ответственность:

- за недостоверное предоставление информации;
- за несвоевременную оплату медицинских услуг.

4.3. В остальных случаях Заказчик и Исполнитель несут ответственность в соответствии с действующим законодательством. Претензии рассматриваются в течении 30-ти календарных дней.

5. Сроки по договору.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

5.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору - с "___" _____ г. по "___" _____ г.

6. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Заключительные положения.

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. При подписании настоящего Договора Заказчик подтверждает что он ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка медицинского учреждения.

9. Адреса и реквизиты Сторон.

Исполнитель	Заказчик
ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ" Адрес: 188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20 ОГРН 1034700559244 ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 ОКВЭД 86.10 Телефон (813-70) 24-219 Эл.почта cmo@vkmb.ru , Адрес сайта: https://vkmb.ru	ФИО _____ данные документа, удостоверяющего личность: _____ адрес места жительства: _____, _____ телефон: _____.
Главный врач С.В. Понкратов	Заказчик _____

АКТ

приемки – сдачи оказанных платных немедицинских услуг

г. Всеволожск

« ____ » _____ 20 ____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Всеволожская клиническая межрайонная больница» (ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ»), (188643, Ленинградская область, город Всеволожск, Колтушское шоссе, дом 20, ОГРН 1034700559244, ИНН 4703032701), Лицензия на осуществление медицинской деятельности от "31" августа 2020 г. № ЛО41-01149-47/00370438, предоставлена Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (191124, г. Санкт – Петербург, ул. Лафонская, д. 6, лит. А, тел. 539-45-45), срок действия Лицензии: бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Понкротова Станислава Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуем _____ в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт приемки – сдачи оказанных платных немедицинских услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями договора Исполнитель оказал платные немедицинские услуги:

а Заказчик принял оказанные платные немедицинские услуги.

2. По соглашению сторон стоимость оказанных услуг по договору составляет _____ рублей, в том числе НДС _____ рублей.

3. Услуги оказаны надлежащим образом, в полном объеме, в установленные договором сроки.

4. Стороны претензий друг к другу по исполнению договора не имеют.

5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Исполнитель	Заказчик
ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ" Адрес: 188643, Россия, Ленинградская обл., г. Всеволожск, Колтушское шоссе, д.20 ОГРН 1034700559244 ИНН 4703032701 КПП 470301001 ОКПО 01932711 ОГРН 1034700559244 ОКТМО 41612101 ОКОГУ 2300229 ОКВЭД 86.10 Телефон (813-70) 24-219 Эл.почта cmo@vkmb.ru , Адрес сайта: https://vkmb.ru	ФИО _____ данные документа, удостоверяющего личность: _____ адрес места жительства: _____ телефон: _____.
Главный врач С.В. Понкратов	Заказчик _____