

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_ . \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

**На оказание платных медицинских услуг физическому лицу**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Лешуконская центральная районная больница», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии № ЛО-29-01-001895 выданной 20 октября 2015 года министерством здравоохранения Архангельской области (тел. 88182 454507) на проведение медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством) в лице главного врача Фолиной Ларисы Викторовны, с одной стороны,

и  
гражданин(ка) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные услуги: по медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством по адресу: 164670 Архангельская область, Лешуконский район, с. Лешуконское, пер. Спортивный, д. 18

**2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. оказать Потребителю квалифицированные, качественные и в полном объеме медицинские услуги.

2.1.2. предоставить Потребителю перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

2.1.3. по окончании срока оказания услуг выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.4. В случае если осложнения, возникшие в результате оказания медицинских услуг, потребовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. своевременно оплатить фактически оказанные ему медицинские услуги в соответствии с п. 3 настоящего договора в кассу ГБУЗ АО «ЛЦРБ»;

2.2.2. до оказания медицинских услуг сообщить Исполнителю о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, аллергических реакциях, а также другие сведения, имеющие отношение к получаемым услугам;

2.2.3. точно выполнять назначения и рекомендации врача, обеспечивающие качественное предоставление услуги.

**УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНОЙ УСЛУГИ**

3.1. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в день обращения Потребителя.

3.2. сроки предоставления платной медицинской услуги 25 рабочих дней.

3.3. оказание услуги подтверждается двухсторонним Актом выполненных работ, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение 1).

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

3.1.;

3.2. Потребитель оплачивает медицинские услуги согласно прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент заключения договора.

3.3. Срок оплаты услуги до дня предоставления платной услуги.

3.3. Стоимость предусмотренных договором медицинских услуг определяется в зависимости от объема фактически оказанных Потребителю медицинских услуг и составляет 1756 рублей.

3.4. Потребитель производит оплату наличными деньгами в кассу Исполнителя, либо уполномоченному Исполнителем лицу.

#### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, возникших вследствие биологических особенностей организма Потребителя, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых стандартов.

#### **5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств,

5.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, при не достижении согласия – в судебном порядке.

#### **6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОПИСИ СТОРОН:**

##### **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения Архангельской области  
«Лешуконская центральная районная больница»  
164670, с. Лешуконское, Архангельской  
области, ул. Мелоспольская, 4  
ОГРН 1022901385616, свидетельство серия 29  
№ 001843418, выдан 01.11.2002 Межрайонная  
инспекция Федеральной налоговой службы № 7  
по Архангельской области и Ненецкому  
автономному округу  
Тел.: (81833) 3-17-06  
Факс: (81833) 3-17-06

*Л.В. Фолина*

##### **ЗАКАЗЧИК:**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись) /