ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг в ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России

Калининградская область, город Пионерский \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

**Федеральное государственное бюджетное учреждение детский ортопедический санаторий «Пионерск» Министерства здравоохранения Российской Федерации**, в лице главного врача Марчука И.А., действующего на основании Приказа № 157ПК от 16 июля 2019г., именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и **$PRED\_FIOL** (физическое или юридическое лицо), именуемый в дальнейшем «**Заказчик»**, с другой стороны, заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги для **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (физическое лицо), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Определения**

**- «платные медицинские услуги»** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

- **«потребитель»** – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- **«заказчик»** – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

- **«исполнитель»** – медицинская организация (ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России), предоставляющая платные медицинские услуги;

- **«медицинская организация»** – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- **«медицинский работник»** – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации (ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России) и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

- **«лицензия»** – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности. Лицензия на осуществление медицинской деятельности ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России № ФС-99-01-009007 от «06» марта 2015 г., действует бессрочно, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. 8(495)698-45-38, 8(499)578-02-30), территориальное подразделение лицензирующего органа - Росздравнадзор по Калининградской области (236006, Калининград, ул. Кирпичная, д.7-9, тел. 8(4012)53-52-01).

Состав Лицензии:

По адресу 238590, Калининградская область, г. Пионерский, ул. Комсомольская, 44 А:

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской реабилитации; стоматологии детской; физиотерапии; функциональной диагностике; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: медицинской реабилитации; неврологии; травматологии и ортопедии; 6. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: диетологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

По адресу: 238590, Калининградская область, г. Пионерский, ул. Рензаева, д. 1:

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; операционному делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской реабилитации; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); рентгенологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; 3. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинской реабилитации; неврологии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; 6. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: диетологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; рентгенологии; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым).

1. **Предмет Договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти и внутренними стандартами оказания медицинской помощи Исполнителя.

2.3. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

# - ознакомил его с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг населению в ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России, утвержденных Приказом главного врача №31 от11.03.2019 г.;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках финансирования за счет средств федерального бюджета и программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2.5. Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе согласно Приложения №2а или 2б к настоящему Договору «Информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг».

2.6. Срок предоставления медицинских услуг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по «31» декабря 2020 г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.7. Режим работы ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России: круглосуточно. Оформление пациентов по путевкам производится с 8-00 до 17-00 в день заезда. Оказание индивидуальных платных услуг с понедельника по субботу по окончании основного рабочего времени специалиста, согласно Приложение №5 к Приказу №31 от 11.03.2019 года «Время работы специалистов, кабинетов и подразделений ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России по оказанию платных медицинских услуг».

1. **Обязанности Сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2, настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.7. По заявлению Заказчика составить смету.

**3.2. Заказчик обязуется:**

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1, до начала их оказания, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

**3.3. Потребитель обязуется:**

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать распорядок дня и режим пребывания в санатории, установленный Правилами внутреннего трудового распорядка в ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России утв. Приказом №139 от 20.12.2013 года, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п. 2.2, настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

4.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России, в размере 100 % от суммы договора, не позднее 3 (трёх) рабочих дней со дня подписания настоящего Договора.

1. **Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. В случае невозможности оказания услуг Исполнителем по уважительным причинам (аварийная ситуация, акты органов, обладающих административно - властными полномочиями, обстоятельства форс-мажор) Исполнитель обязан своевременно в письменном виде уведомить об этом Заказчика и возвратить Заказчику уплаченные им денежные средства в согласованные Сторонами сроки.

1. **Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. 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.

**6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**

1. **Заключительные положения**

7.1. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

1. **Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**  **ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России**  238590 Калининградская область г.Пионерский, ул. Комсомольская, д.44-А  тел.(8-40155) 2-25-75, факс 2-19-48  ИНН 3910002710 КПП 391001001  ОГРН 1023902057860 (Свидетельство серия 39 №000336892 от 26.12.02, МИ №6 МНС России по Калинингр. обл.)  ОКПО 01909347 ОКТМО 27717000  ОКАТО 27417000000  Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 39 №000336892 от 26.12.2002г., выдано МРИ №6 МНС России по Калининградской области  УФК по Калининградской области, (ОК-07, ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России л/с 20356Х61240)  Р/с 40501810140302004001  Отделение Калининград г. Калининград  БИК 042748001  НАЗНАЧЕНИЕ ПЛАТЕЖА:  За платные медицинские услуги для **$PAT\_FIOL** (Ф.И.О.),  дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК 00000000000000000130 | **Заказчик**  Ф.И.О**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Телефон: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Потребитель**  Ф.И.О**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Главный врач**  **ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марчук И.А.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| М.П. | М.П. (при необходимости) |  |

Приложение 2 б

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Информированное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, являясь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России (далее по тексту – Учреждение) для несовершеннолетнего (недееспособного) **$PAT\_FIOL**, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что несовершеннолетнему (недееспособному) могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

- **Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, условиями профилактики внутрибольничного инфицирования и недопущения формирования очагов новой коронавирусной инфекции COVID-19, установленного в ФГБУ ДОС "Пионерск" и обязуюсь их соблюдать;**

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения несовершеннолетний (недееспособный) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья несовершеннолетнего (недееспособного).

Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем несовершеннолетнего (недееспособного), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях (включая туберкулез, ВИЧ-инфекцию, гепатит А,В,С), об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на несовершеннолетнего (недееспособного) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств в отношении несовершеннолетнего (недееспособного).

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Я не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением персональных данных несовершеннолетнего (недееспособного), ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья несовершеннолетнего (недееспособного) следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною в интересах несовершеннолетнего (недееспособного) после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель.: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Приложение 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Перечень оказываемых медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование медицинской услуги** | **Кол-во услуг** | **Цена услуги в рублях** | **Стоимость услуг в рублях** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

**Общая стоимость медицинских услуг по договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**  **ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России**  238590 Калининградская область г. Пионерский, ул. Комсомольская, д.44-А  тел.(8-40155) 2-25-75, факс 2-19-48  ИНН 3910002710 КПП 391001001  ОГРН 1023902057860 (Свидетельство серия 39 №000336892 от 26.12.02, МИ №6 МНС России по Калинингр. обл.)  ОКПО 01909347 ОКТМО 27717000  ОКАТО 27417000000  Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 39 №000336892 от 26.12.2002г., выдано МРИ №6 МНС России по Калининградской области  УФК по Калининградской области, (ОК-07, ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России л/с 20356Х61240)  Р/с 40501810140302004001  Отделение Калининград г. Калининград  БИК 042748001  НАЗНАЧЕНИЕ ПЛАТЕЖА:  За платные медицинские услуги для **$PAT\_FIOL** (Ф.И.О.),  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК 00000000000000000130 | **Заказчик**  Ф.И.О**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель**  Ф.И.О**.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Телефон: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Главный врач**  **ФГБУ ДОС «Пионерск» Минздрава России**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марчук И.А.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| М.П. | М.П. (при необходимости) |  |