

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психоневрологический диспансер № 3» (далее СПб ГБУЗ «ПНД № 3»), имеющее лицензию № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на осуществление медицинской деятельности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

**1.1. Оказание Исполнителем следующих платных медицинских услуг:**

	Наименование медицинской услуги	Срок оказания медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги	Количество	Отметка о выполнении (подпись и дата)
1.	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра (Обследование врача- психиатра, выдача заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) психиатрических противопоказаний, в соответствии с перечнями психиатрических противопоказаний, установленные законодательством РФ, к управлению транспортными средствами).	30 дней	600 руб.	1	Врач « ____ » ____ 20__ г.
2.	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра (Обследование врача психиатра, выдача заключения о наличии/отсутствии психиатрических противопоказаний в соответствии с перечнями психиатрических противопоказаний, установленные законодательством РФ в сфере оборота оружия).	30 дней	900 руб.	1	Врач « ____ » ____ 20__ г.
3.	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра, с выдачей двух и более медицинских заключений (по пунктам 1.1. - 1.6.).	30 дней	1200 руб.	1	Врач « ____ » ____ 20__ г.

**2. Условия предоставления услуг**

- 2.1. **Заказчик** проинформирован **Исполнителем** о Территориальной Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.
- 2.2. **Заказчик** ознакомился с перечнем предоставляемых платных медицинских услуг СПб ГБУЗ «ПНД № 3» и правилами предоставления платных медицинских услуг СПб ГБУЗ «ПНД № 3».
- 2.3. **Заказчик** выражает добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг сверх Территориальной Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
- 2.4. Услуга оказывается в СПб ГБУЗ «ПНД № 3», по адресу: СПб, \_\_\_\_\_.
- 2.5. Врач, ответственный за исполнение условий договора определен в п. 1.1. настоящего договора.

**3. Цена и порядок расчетов**

- 3.1. Общий размер платежа, подлежащего оплате **Заказчиком** за оказанные медицинские услуги, согласно **Прейскуранту**, составляет:

(сумма прописью)

- 3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется в форме предоплаты в кассу **Исполнителя**.
- 3.3. Возврат денежных средств **Заказчику**, в случае отказа от получения медицинских услуг, осуществляется на основании Акта возврата денежных средств в течение 10 рабочих дней после момента поступления Акта в бухгалтерию учреждения с возмещением **Исполнителю** затрат, связанных с затратами за оказанные медицинские услуги.

**4. Обязанности сторон**

**4.1. Исполнитель обязан:**

- 4.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии Учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 4.1.2. Предоставить бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, перечне медицинских услуг, осуществляемых на платной основе с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов.
- 4.1.3. Информировать о предлагаемых методах медицинского вмешательства, возможных рисках развития осложнений при проведении медицинских вмешательств.

**4.2. Заказчик обязан:**

- 4.2.1. Оплатить предоставляемую медицинскую услугу в порядке, определяемом настоящим Договором.

4.2.2. Сообщить сведения медицинского характера о состоянии здоровья, необходимые для выбора того или иного метода медицинского вмешательства и предупреждения развития побочных реакций или осложнений при оказании медицинской помощи.

4.2.3. Обеспечить выполнение требований медперсонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинских услуг, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдения распорядка учреждения, правил санитарно-противоэпидемиологического режима и противопожарной безопасности.

## 5. Ответственность сторон

5.1. **Исполнитель** несет ответственность перед **Заказчиком** за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения.

В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги **Заказчик** вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения стоимости оказанной медицинской услуги;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги) своими силами или третьими лицами
- отказаться от исполнения договора об оказании медицинской услуги и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный указанным договором срок недостатки выполненной медицинской услуги не устранены исполнителем
- отказаться от исполнения договора об оказании медицинской услуги, если им обнаружены существенные недостатки оказания медицинской услуги или иные существенные отступления от условий договора.

## 6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Договор может быть изменен и расторгнут по соглашению сторон.

6.2. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора по условиям в соответствии со ст. 782 Гражданского Кодекса РФ.

6.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к их разрешению путем переговоров. В случае неурегулированности спора, спор передается на рассмотрение в Суд.

## 7. Сведения об Исполнителе

7.1. Лицензия - № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., бессрочная, выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (ул. М. Садовая 1, тел. 3140443, [www.zdrav.spb.ru](http://www.zdrav.spb.ru)) на осуществление медицинской деятельности:

ОГРН 1037800009554

## 8. Прочие условия

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения обязательств, предусмотренных разделом 1 настоящего договора.

8.2. Договор составлен в \_\_\_\_\_ экземплярах, на 2-х страницах, имеющих одинаковую юридическую силу.

## 9. Адреса и подписи сторон.

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ
ФИО _____	СПб ГБУЗ «ПНД № 3»
Паспорт: серия _____ № _____	_____
Выдан: « _____ » _____ г.	_____
Кем _____	_____
Адрес: _____	« _____ » _____ 20__ г.
Телефон: _____	<b>М.П.</b>
Подпись _____ / _____ /	
« _____ » _____ 20__ г.	