

## ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 000000000

г. Чита/место оказания услуги/ «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы» (ГУЗ «ЗКБСМЭ», г. Чита ул. Матвеева д. 64, пом.2., ИНН 7536009784, КПП 753601001, ОГРН 1027501147651, выданный ИФНС №2 по г. Чите, лицензия № ЛО-75-01-001565 от 30.08.2019 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Приказа от 30 марта 2021 г. № 45 и в соответствии с доверенностью, выданной 19 мая 2020 г., с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику с его добровольного согласия платные медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом цен на платные медицинские и иные услуги, утвержденном в установленном порядке (далее - Прейскурант), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Спецификации (Приложение № 1), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Срок предоставления медицинских услуг с «\_\_» 202\_ г. по «\_\_» 202\_ г.

### 2. Права и обязанности Сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя.

Исполнитель обязан:

- 2.1.1. оказать Заказчику платные услуги в соответствии с перечнем оказываемых платных услуг, оговоренных в Спецификации (Приложение № 1) с оформлением установленной документации;
- 2.1.2. предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.
- Исполнитель имеет право:
- 2.1.3. при невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика, отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору и требовать оплаты в полном объеме, предусмотренном Договором;
- 2.1.4. на компенсацию расходов, фактически понесенных до момента наступления невозможности исполнения.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Заказчик обязан:

- 2.2.1. оплатить предоставленные Исполнителем платные медицинские услуги, предусмотренные Спецификацией;
- 2.2.2. компенсировать Исполнителю расходы, фактически понесенные до момента наступления невозможности оказания услуги.
- Заказчик имеет право:
- 2.2.3. на получение информации об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах;
- 2.2.4. на получение платной услуги надлежащего качества.

### 3. Цена и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских и иных услуг и составляет \_\_\_\_\_ рублей.
- 3.2. Стоимость платных медицинских услуг остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.
- 3.3. Оплата Заказчиком за оказанные услуги производится в 100-ой предоплате по безналичному расчету через терминал, находящийся в ГУЗ «ЗКБСМЭ», с комиссионным сбором 3%, либо в любом банке с предоставлением квитанции в ГУЗ «ЗКБСМЭ».
- 3.4. Акт выполненных работ, подписанный Сторонами, является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

### 4. Срок действия Договора

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

### 5. Ответственность Сторон

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим Договором и законодательством РФ.
- 5.2. Стороны освобождаются от ответственности в случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает (форс-мажор).

### 6. Порядок разрешения споров

- 6.1. Все споры или разногласия, возникающие между Сторонами по Договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между Сторонами.
- 6.2. В случае не урегулирования спора, спор разрешается в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

### 7. Заключительные положения

- 7.1. Договор заключен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
- 7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика от получения платных услуг, оформленного в письменной форме, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 7.3. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены надлежащим образом и подписаны уполномоченными представителями Сторон.
- 7.4. Условия Договора обязательны для правопреемников Сторон.

### 8. Адреса и реквизиты сторон

**Исполнитель: ГУЗ «ЗКБСМЭ»**

Юридический адрес: 672038, г. Чита, ул. Матвеева, 64,  
тел. 8(3022)31-43-20 E-mail: sudmed-chitaomo@rambler.ru  
ОГРН 1027501147651

Получатель **МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ  
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ (ГУЗ «ЗКБСМЭ»), л/с 20916Х84930**  
ИНН 7536009784 КПП 753601001

Банк ОТДЕЛЕНИЕ ЧИТА БАНКА РОССИИ/УФК по  
Забайкальскому краю г.Чита БИК ТОФК017601329

Единый казначейский счет 40102810945370000063

Казначейский счет 03224643760000009100

ОКТМО 76701000 КБК 00000000000000000130

Уполномоченное лицо по доверенности № \_\_\_\_\_ от 19.05.2020г.

\_\_\_\_\_/ФИО/ (подпись)

**Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_

Паспортные данные: серия № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
кем \_\_\_\_\_

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/ФИО/  
(подпись)



Сбербанк

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я \_\_\_\_\_, выражаю согласие на оказание мне медицинской услуги согласно спецификации.

Я получил(а) необходимые разъяснения относительно оказываемых медицинских услуг.

Я осведомлен(а) о возможности получения аналогичных медицинских услуг по постановлению правоохранительных органов без оплаты.

Своей подписью я подтверждаю согласие на предоставление мне платных медицинских услуг, а также получение своего экземпляра

Договора на предоставление платных медицинских услуг.

Договор прочитан мною лично, мне полностью понятен.

**Заказчик:**

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО

**Согласие на обработку персональных данных**

Во исполнение Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 153-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Исполнителю на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу правоохранительным органам), обезличивание, блокирование, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, место работы, должности, номера паспорта, сведений органа о его выдачи, код подразделения, номеров телефонов, электронного адреса в целях исполнения настоящего Договора и законодательства РФ. Данное согласие действует до письменного отзыва.

**Заказчик:**

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО

Приложение № 1 к Договору оказания платных медицинских услуг №000000000 от 00.00.202\_ г.

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

г. Чита /Место оказания услуги/

«\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

№ п/п	Наименование платной медицинской и иной услуги согласно Прейскуранта цен/	Сумма
1		
2		
3		
4		
5		
ИТОГО:		

**Исполнитель:**

уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»

\_\_\_\_\_ /ФИО/

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО/

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_ /ФИО/

\_\_\_\_\_ /ФИО/

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО/

Приложение № 2 к Договору оказания платных медицинских услуг №000000000 от 00.00.202\_ г.

**АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

г. Чита /Место оказания услуги/

Все услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных Исполнителем услуг Заказчик не имеет.

**Исполнитель:**

уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»

\_\_\_\_\_ /ФИО/

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО/

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_ /ФИО/

\_\_\_\_\_ /ФИО/

подпись / \_\_\_\_\_ / ФИО/