

**Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное учреждение здравоохранения
«Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»**

ПРИКАЗ

03 июля 2020 г.

№ 115

г. Чита

**Об утверждении формы договора
оказания платных медицинских
и иных услуг в ГУЗ «ЗКБСМЭ»**

В целях качественного оказания платных медицинских и иных услуг и во исполнение Приказа от 18 мая 2020 года № 83 «Об утверждении в новой редакции Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских и иных услуг в государственном учреждении здравоохранения «Забайкальское краевое бюро судебно-медицинской экспертизы»

приказываю

1. Утвердить форму договора оказания платных медицинских и иных услуг (Приложение №1)
2. Программисту Д.Н.Короткову 6 июля 2020 года разместить:
 - 2.1. форму договора оказания платных медицинских и иных услуг на сайте ГУЗ «ЗКБСМЭ»,
 - 2.2. в отделах (отделениях) ГУЗ «ЗКБСМЭ».
3. Медицинскому регистратору регистратуры и оператору электронно-вычислительных и вычислительных машин регистратуры Отдела экспертизы трупов, санитарам Отдела экспертизы трупов в отсутствие медицинского регистратора регистратуры и (или) оператора электронно-вычислительных и вычислительных машин регистратуры Отдела экспертизы трупов, заведующим отделами (отделениями), врачам судебно-медицинским экспертам районных отделений при заключении договоров оказания платных медицинских и иных услуг с 07 июля 2020 года, использовать форму, утвержденную п. 1 настоящего приказа.
4. Документоведу Е.А.Ухацкой ознакомить с настоящим приказом сотрудников, указанных в п. 3, под роспись.
5. Контроль за выполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Начальник

А.Н.Брижко

Согласовано:

Ведущий юрист-консультант  Е.И.Гаврушенкова

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ 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., 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 18 мая 2020 г. № 84 в соответствии с доверенностью, выданной «19» мая 2020 г., с одной стороны, и умершего _____, взявший на себя обязанность осуществить погребение _____, 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 ритуальные (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 услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Спецификации (Приложение № 1), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Срок предоставления ритуальных (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 услуги, предусмотренные Спецификацией;
- 2.2.2. не позднее чем за 2 часа до оказания услуги предоставить одежду на умершего согласно описи и квитанцию на сумму, указанную в п. 3.1. настоящего договора;
- 2.2.3. 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 и иных услугах;
 - 2.2.4. на получение платной услуги надлежащего качества.

3. Цена и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость платных ритуальных, медицинских услуг /нужное подчеркнуть/, оказываемых Заказчику, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских и иных услуг и составляет _____ рублей.
- 3.2. Стоимость платных медицинских и иных 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
 ИНН 7536009784, КПП 753601001, БИК 047601001,
 ОГРН 1027501147651, КБК 0000000000000000130
 УФК по Забайкальскому краю Отделение г.Чита
 р/сч. 40601810900001000001 (л/сч. 20916Х84930)
 Уполномоченное лицо

По доверенности №__ от «__» 2020г.

_____/ФИО/
 (подпись)

Заказчик:

ФИО _____
 Паспортные данные: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г.
 кем _____

Проживающий по адресу: _____

Телефон _____

_____/ФИО/
 (подпись)

к Договору оказания платных медицинских и иных 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		
6		
7		
8		
9		
ИТОГО:		

Примечание: услуга «перекладывание тела в гроб» осуществляется только в рабочие дни с 8.45 час. до 15.15 час.

Исполнитель:

уполномоченное лицо ГУЗ «ЗКБСМЭ»
_____/ФИО/

Заказчик:

_____/ФИО/
производит оплату за тело умершего: /ФИО полностью/

подпись / _____ / ФИО/

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), обезличивание, блокирование, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства, место работы, должность, номер паспорта, сведения о выдаче его органа, код подразделения, номера телефонов, электронный адрес, ИНН, банковских реквизитов в целях исполнения настоящего Договора и законодательства РФ. Данное согласие действует до письменного отзыва.

Заказчик:

подпись / _____ / ФИО

к Договору оказания платных медицинских и иных услуг №000000000 от 00.00.202_ г.

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

г. Чита /Место оказания услуги/

ФИО, подпись сотрудников ГУЗ «ЗКБСМЭ», оказывающих услуги	ФИО, подпись сотрудника ГУЗ «ЗКБСМЭ», осуществляющего контроль за оказанием услуг	Результат принятия услуги Заказчиком
		В результате принятия услуги, оказываемой Исполнителем, недостатки не выявлены (выявлены) /в случае выявления недостатков необходимо указать какие именно/ Заказчик: _____/ФИО/ подпись / _____ /

Время оказания услуги: ____ час. ____ мин. Дата « » 202_ г. Заказчик: подпись / _____ / ФИО