**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 000000000**

г. Чита

Государственное учреждение здравоохранения ГУЗ "Забайкальское краевое бюро судебно-медецинской экспертизы"(ГУЗ «ЗКБСМЭ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице начальника Брижко Александра Николаевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику платные услуги в соответствии с Прейскурантом цен на платные 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 медицинских услуг с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

1.4. В случае изменения срока оказания платных услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1.Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1. обязан оказать Заказчику платные услуги в соответствии с перечнем оказываемых платных услуг, оговоренных в Спецификации (Приложение № 1);

2.1.2. обязан вести всю документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке;

2.1.3. имеет право при невозможности исполнения, возникшей по вине Заказчика, требовать оплаты в полном объеме, предусмотренном Договором;

2.1.4. имеет право на компенсацию расходов, фактически понесенных до момента наступления невозможности исполнения.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

2.2.1. обязан оплатить предоставленные Исполнителем платные услуги, предусмотренные Спецификацией;

2.2.2. обязан компенсировать Исполнителю расходы, фактически понесенные до момента наступления невозможности оказания услуги;

2.2.3. имеет право на получение платной услуги надлежащего качества;

2.2.4. вправе предъявить требования о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим исполнением условий договора. Ущерб возмещается в соответствии с действующим законодательством РФ.

**3. Цена и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг и составляет 4 790 рублей.

3.2. Стоимость платных медицинских услуг остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.3. Оплата Заказчиком за оказанные услуги производится по безналичному расчету через терминал, находящийся в ГУЗ «ЗКБСМЭ», с комиссионным сбором 3%, либо в любом банке с предоставлением квитанции в регистратуру ГУЗ «ЗКБСМЭ».

3.4. Акт выполненных работ, подписанный Сторонами, является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

**4. Срок действия Договора**

4.1. Договор вступает в силу с момента оплаты выставленного Исполнителем Договора и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

**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). Сторона, которая не может исполнить своего обязательства, должна известить другую Сторону о препятствии и его влиянии на исполнение обязательств по Договору в течение 10 (десяти) календарных дней с момента возникновения этих обстоятельств. Дальнейшая судьба Договора в таких случаях должна быть определена соглашением Сторон.

5.3. За просрочку оплаты услуг Исполнителя Заказчик уплачивает пени в размере 0,1% (ноль целых и одна десятая процента) от суммы общей цены Договора за каждый день просрочки по день фактической выплаты.

**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 "Забайкальское краевое бюро судебно-медецинской экспертизы"**

Юридический адрес:672038, г. Чита, ул. Матвеева, 64, тел. 31-43-20

ИНН 7536009784, КПП 753601001, БИК 047601001, ОГРН 1027501147651

КБК 00000000000000000130

УФК по Забайкальскому краю Отделение г.Чита

р/сч. 40601810900001000001 (л/сч. 20916X84930)

Начальник ГУЗ «ЗКБСМЭ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.Н.Брижко

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | Приложение № 1 | | | |
|  | к Договору оказания платных медицинских услуг №000002395  от 15.10.2019. | | | |
|  | **СПЕЦИФИКАЦИЯ** | | | |
|  | г. Чита | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Исполнитель: ГУЗ «ЗКБСМЭ» | | | | | | | | | | | | |
|  | Заказчик: Фамилия Имя Отчество | | | | | | | | | | | | |
|  | на сумму 0 000р. | | | | | | | | | | | | |
|  | Договор составил | |  | Фио Специалиста | | | | | | | |  |  |
|  | Потребитель производит оплату за тело умершего: | | | | **Фамилия И.О.** | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Заказчик: подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Фамилия, имя, отчество/** | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 выдачи 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. | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Фамилия, имя, отчество/** | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Приложение № 2 | | | | | | | | | | | | |
|  | к Договору оказания платных медицинских услуг №000002395  от 15.10.2019. | | | | | | | | | | | | |
|  | **Акт выполненных работ** | | | | | | | | | | | | |
|  | г. Чита | | |  | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Платные медицинские услуги: | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Наименование услуги | | | Кол-во | Цена | Сумма |
|  | Комплекс услуг населению | Услуга | 1 | 000 | 000 |

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | **Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Должность** | | | | **Фамилия, имя, отчество** | | | | | | | **Подпись** | | | | | |  |
|  | | Санитар, врач судебно-медицинский эксперт | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | Сотрудник, ответственный за проверку качества услуги  (старший лаборант) | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | Претензии не имею. | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | **Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | **ГУЗ "Забайкальское краевое бюро судебно-медецинской экспертизы"** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Юридический адрес:672038, г. Чита, ул. Матвеева, 64, тел. 31-43-20 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | ИНН 7536009784, КПП 753601001, БИК 047601001, ОГРН 1027501147651 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  | КБК 00000000000000000130 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | УФК по Забайкальскому краю Отделение г.Чита | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | р/сч. 40601810900001000001 (л/сч. 20916X84930) | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |