государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил»

П Р И К А З

№ 321/1-од 31.08.2023 г.

Об оказании платных медицинских
и немедицинских услуг в учреждении

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006», приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.08.2023 г. № 2010-п «О реализации постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить с 01.09.2023 года:

   1.1. Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских и немедицинских услуг (Приложение № 1).
   1.2. Форму информированного добровольного согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 2).
   1.3. Форму договора на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 3).
   1.4. Форму договора на предоставление платных немедицинских услуг (Приложение № 4).

Главный врач Холманских М.В.

Приложение № 2 к Приказу от 31.08.2023 г. № 321/1-од

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

г. Нижний Тагил _____

Я, пациент _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение, обследование мне не гарантирует 100% результат.
4. 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, не несет ответственности за их возникновение.
5. Заявляю, что изложил(а) медицинскому работнику все необходимые ему и известные мне данные о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, наследственных и прочих заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения и обследования я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
7. Мною добровольно, по моему желанию без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить:

_____

согласен(а) оплатить лечение (услугу).
8. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

9. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил» в сумме _____ рублей.
10. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил».
11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент:

_____ _____

(ФИО, подпись)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Медицинский работник _____

Приложение № 3 к Приказу от 31.08.2023 г. № 321/1-од

Потребитель подтверждает, что до заключения договора он уведомлен 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 потребителя (в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023 г.). _____/_____

ДОГОВОР №
возмездного оказания медицинских услуг

г. Нижний Тагил «___» _____20___г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил» (ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Холманских Марины Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гр. _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации), далее «Услуги», а Потребитель обязуется их оплатить. Конкретный перечень услуг, их объем, стоимость, сроки и порядок оплаты согласовываются сторонами отдельно, в каждом конкретном случае по мере обращения Потребителя к Исполнителю, в Приложении к настоящему договору, являющемся его неотъемлемой частью (далее – Приложение).

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность №Л041-01021-66/00347837 от 24.03.2020, действующая бессрочно, выданная Министерством здравоохранения Свердловской области, расположенным по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, Тел.: (343) 312-00-03. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя, а также на https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses

1.3. Исполнитель уведомляет Потребителя об альтернативной возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Свердловской области.

1.4. Исполнитель уведомляет, что отказ Потребителя от заключения настоящего договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2. Обязательства сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. При предоставлении Услуг организовать и оказать медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

При этом Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, при согласовании конкретных видов услуг в Приложении.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну в порядке, установленном законодательством РФ.

2.1.3. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, заботиться о сохранении своего здоровья.

2.2.3. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.2.4. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, а также соблюдать Правила поведения пациента, установленные в медицинской организации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Привлекать третьих лиц для оказания услуг по настоящему договору по согласованию с Потребителем.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (специалиста, на прием к которому записан Потребитель) или в случае возникновения иной непредвиденной ситуации в день приема, по согласованию с Потребителем перенести назначенный прием, согласовав новую дату и время.
2.3.3. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае их неоплаты (несвоевременной оплаты) Потребителем в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия нуждаемости в экстренной медицинской помощи.
2.3.4. Устанавливать стоимость услуг в прейскуранте. Стоимость услуг, согласованных с Потребителем в Приложении к договору, не подлежит изменению при их получении Потребителем в течение согласованного срока.
2.4. Потребитель имеет право:
2.4.1. По его требованию на получение полной и достоверной информации в доступной форме:
- о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие. Данная информация может быть получена, в том числе, путем ознакомления с медицинской документацией, а также путем получения копий медицинских документов, выписок из медицинской документации с указанием необходимого объема информации.
2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие Потребителя (Пациента) на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания услуг.
2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего получения услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны последствия принимаемого решения для его жизни и здоровья. В случае отказа Потребителем от получения услуг договор расторгается, при этом Потребитель обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача.
2.4.5. По его обращению получать документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения (копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справка об оплате медицинских услуг по установленной форме; рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов РФ, ИНН», заверенные подписью и личной печатью врача, печатью Исполнителя; документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (в случае их оплаты в медицинской организации)).

3. Цена услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент согласования платных медицинских услуг с Потребителем.
3.2. Оплата услуг производится Потребителем в рублях в наличной или безналичной формах путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом до оказания услуг.
3.3. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, Исполнитель информирует об этом Потребителя и согласовывает их перечень, объем, сроки и стоимость в новом Приложении к настоящему договору.
В случаях, когда исчерпывающий объем необходимых услуг на момент согласования установить невозможно, а состояние пациента в процессе оказания услуг не позволяет выразить свою волю, услуги оказываются в соответствии с утвержденным прейскурантом в минимально необходимом объеме для улучшения состояния пациента. Итоговый перечень услуг и их стоимость в такой ситуации будут определяться исходя из фактического объема их оказания и подлежат оплате Потребителем.
3.4. Медицинские услуги в экстренной форме оказываются на безвозмездной основе.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в результате оказания медицинских услуг ненадлежащего качества в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4.2. Письменные обращения (жалобы) могут быть направлены Потребителем заказным письмом или посредством электронной почты по адресам Исполнителя, указанным в настоящем договоре. Ответ на обращение (жалобу) направляется Исполнителем в адрес Потребителя способом, указанным самим Потребителем.
4.3. Потребитель несет ответственность за неисполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с законодательством РФ.
4.4. Если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги, либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков (в соответствии с абз. 2 ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

5. Условия и сроки ожидания услуг, сроки оказания услуг.

5.1. Услуги предоставляются Потребителю непосредственно при обращении либо в порядке очередности с отсрочкой их предоставления сроком не более 6 месяцев с момента обращения для их оказания Потребителем.
5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики, лечения, реабилитации (зависят от медицинской технологии, клинической ситуации и общего состояния Потребителя).

6. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами и действует в течение одного календарного года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора не позднее, чем за две недели до его окончания, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год на тех же условиях.
6.2. Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон.
6.3. Договор может быть расторгнут по решению Потребителя при отказе от получения Услуг, при этом Потребитель оплачивает все фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.
6.4. Договор может быть изменен только по соглашению сторон.

7. Порядок и условия выдачи потребителю после исполнения договора медицинских документов.

7.1. После исполнения договора по письменному требованию Потребителя Исполнитель выдает медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, предусмотренном приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

8. Дополнительные условия.

8.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.3. До подписания настоящего договора Потребитель ознакомился на информационном стенде или на сайте Исполнителя с:

а) Перечнем платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях (Прейскурант);

б) Сроками ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

в) Положениями и порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) (www.pravo.gov.ru и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций);

г) Правилами поведения пациента;

д) С информацией о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

8.4. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п.1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

8.5. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи.

9. Подписи сторон:

Исполнитель:
ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил»
Адрес: 622004, Свердловская область,
г. Нижний Тагил, ул. Сульфатная, д.4,
тел. 8(3435) 36-35-00
E-mail: gib-nt@mail.ru http://гиб-нт.рф
ОГРН 1026601373765 ИНН 6669008900 КПП 662301001
Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц выдан Инспекция ФНС по Верх-Исетскому району г. Екатеринбурга 21 февраля 2020 года
Главный врач

_____/Холманских М.В.
М.П.

Потребитель:
ФИО _____
Паспорт: серия _____ номер _____ выдан «__» _____ 20___ года _____
Зарегистрирован по адресу: _____
Иные адреса, на которые исполнитель может направить ответы на письменные обращения _____
Тел._____

_____/_____

Приложение
к договору возмездного оказания медицинских услуг
№____ от «___» _____20___г.

ПЕРЕЧЕНЬ СОГЛАСОВАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
от « ____» _____ 20 _____ г.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги (руб.)	Количество услуг	Общая стоимость медицинской услуги
Итого к оплате:					

Исполнитель:
Главный врач

_____/Холманских М.В.

М.П.

Потребитель:

_____/_____

Акт об оказании медицинских услуг

от « ____» _____ 20 _____ г.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги (руб.)	Количество услуг	Общая стоимость медицинской услуги
Итого к оплате:					

Услуги, указанные в настоящем Акте оказаны своевременно, качественно и в полном объеме. Претензий стороны друг к другу не имеют.

Исполнитель:
Главный врач

_____/Холманских М.В.

М.П.

Потребитель:

_____/_____

Приложение № 4 к Приказу от 31.08.2023 г. № 321/1-од

«Заказчик/Потребитель» подтверждает своей подписью, что ему разъяснено и понятно, что предоставление немедицинских услуг не является медицинской услугой, не входит в объем бесплатной помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Свердловской области бесплатной медицинской помощи, и при этом «Заказчик/Потребитель» дает свое добровольное согласие на предоставление данной немедицинской услуги на платной основе _____ (подпись «Заказчика/Потребителя»).

ДОГОВОР № ___

на представление немедицинских услуг

г. Нижний Тагил «___» _____ 202_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Городская инфекционная больница город Нижний Тагил», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Холманских Марины Владимировны, действующего на основании Устава,

Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия на медицинскую деятельность с приложениями №Л041-01021-66/00347837 от 24.03.2020, действующая бессрочно, выданная Министерством здравоохранения Свердловской области, расположенным по адресу: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, Тел.: (343) 312-00-03.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

и Гражданин/законный представитель _____,

именуемый в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Потребителю немедицинские услуги, согласно Спецификации (Приложения № 1), а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Виды, объем и цена оказываемых платных немедицинских услуг указаны в Спецификации (Приложение № 1) и Акте оказания услуг (Приложение № 2).

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта и составляет _____ (_____) рублей. Заказчик/Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

2.2. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств через кассу Исполнителя либо по безналичному расчету на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом. Подтверждением оплаты является кассовый чек, либо квитанция строгой отчетности.

2.3. Исполнитель разъясняет, а Заказчик/Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком/Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.4. Заказчик/Потребитель уведомлен, что предоставление палаты повышенной комфортности осуществляется в формате 100% предоплаты за первые 3 дня. В случае выписки ранее окончания оплаченной услуги (пребывание в палате повышенной комфортности), Заказчику/Потребителю предоставляется заявление на возврат денежных средств за неиспользованные услуги.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НЕМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Услуги по предоставлению немедицинских услуг оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика/Потребителя и согласия Заказчика/Потребителя приобрести данную услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

3.2. Услуги по предоставлению немедицинских услуг оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность. В случае предоставления палаты повышенной комфортности она должна соответствовать всем санитарным и гигиеническим требованиям, установленным для данного вида помещений.

3.3. Исполнитель предоставляет всю необходимую информацию, касающуюся условий получения немедицинской услуги, в том числе доводит до сведения Заказчика/Потребителя информацию по эксплуатации имеющихся в палате повышенной комфортности бытовых приборов и необходимости бережного отношения к имуществу.

3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5. Заказчик/Потребителя незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих использованию предоставляемой немедицинской услуги.

3.6. Заказчик/Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых своих персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

3.7. Заказчик/Потребитель уведомлен о необходимости надлежащей эксплуатации имеющихся в палате повышенной комфортности бытовых приборов и необходимости бережного отношения к имуществу. В случае нарушения правил эксплуатации бытовых приборов или причинения имущественного вреда возмещает этот вред в соответствии с нормами ГК РФ. _____ (подпись «Заказчика/Потребителя»).

3.8. Добровольное согласие Заказчика/Потребителя на проведение определенного вида немедицинского вмешательства (услугу) является необходимым предварительным условием оказания немедицинских услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение взятых обязательств по оказанию немедицинских услуг.

4.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате немедицинских услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением рекомендаций Исполнителя, а также при эксплуатации предоставленной палаты повышенной комфортности.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.2. В случае отказа Заказчика/Потребителя после заключения Договора от получения услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности Договор расторгается. При этом Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента выполнения взятых Сторонами обязательств.

6.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»:	«Заказчик»:
ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил» Адрес: 622004, Свердловская область, г. Нижний Тагил, ул. Сульфатная, д.4, тел. 8(3435) 36-35-00 E-mail: gib-nt@mail.ru http://гиб-нт.рф ОГРН 1026601373765 ИНН 6669008900 КПП 662301001	ФИО _____ Паспорт: серия _____ номер _____ Выдан: «___»_____ 20__года _____ _____ Зарегистрирован по адресу:_____ _____
Главный врач	
_____/Холманских М.В. М.П.	_____/_____

Приложение № 1 к договору
на предоставление немедицинских услуг
№ _____ от «___» _____ 20__г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

Стоимость по Договору на предоставление немедицинских услуг рассчитывается, согласно действующего Прейскуранта, следующим образом:

№ п/п	Вид немедицинской услуги, согласно Прейскуранту:	Кол-во немедицинских услуг	Цена по прейскуранту (руб.), за 1 немедицинскую услугу	Общая стоимость немедицинской услуги

Подписи сторон:

«Исполнитель»:

ГАУЗ СО «ГИБ г. Нижний Тагил»
Адрес: 622004, Свердловская область, г. Нижний Тагил, ул. Сульфатная, д.4, тел. 8(3435) 36-35-00
E-mail: gib-nt@mail.ru http://гиб-нт.рф
ОГРН 1026601373765 ИНН 6669008900 КПП 662301001

Главный врач

_____/Холманских М.В.
М.П.

«Заказчик»:

ФИО _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Выдан: «___»_____ 20__года _____
_____

Зарегистрирован по адресу:_____
_____

_____/_____

Приложение № 2 к договору
предоставления немедицинских услуг

АКТ

оказания немедицинских услуг по договору № _____ от «____» ___ 20___года

г. Нижний Тагил «____»_____ 20___ г.

Услуги, предусмотренные настоящим договором, выполнены в срок, в полном объеме, с надлежащим качеством, в соответствии с условиями Договора.

№ п/п	Вид немедицинской услуги, согласно Прейскуранту:	Кол-во немедицинских услуг	Цена по прейскуранту (руб.), за 1 немедицинскую услугу	Общая стоимость немедицинской услуги

ВСЕГО: _____ (_____ руб. ___ копеек)

Стороны претензий друг к другу не имеют.
Указанное в настоящем Акте подтверждаем:

Подписи сторон:

«Исполнитель»: _

_____

«Заказчик»: ___

_____