Приложение 2

к приказу главного врача

от «23» января 2020 № 29

**ДОГОВОР N \_\_\_\_\_**

**Об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту**

г. Ханты-Мансийск "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| **(действующ\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспортные данные/данные Свидетельства о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(указывается если договор заключается в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет)** |

именуем\_\_ в дальнейшем Заказчик/Потребитель ***(нужное подчеркнуть***), с одной стороны и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югра «Окружная клиническая больница» (ИНН: 8601004445,ОГРН:1028600514360, КПП: 860101001), адрес места нахождения: г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д. 40, лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 26 апреля 2013 г. N 86 002289552, орган, осуществивший государственную регистрацию: Межрайонная ИФНС России № 1 по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре, Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 27 ноября 2020 г. № Л041-01193-86/00574212, выдана Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, e-mail: hospital@okbhmao.ru, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Кутефа Елены Ивановны, действующее на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

В рамках настоящего договора используются следующие понятия:

Потребитель- несовершеннолетний, имеющий намерение получить либо получающий платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

Заказчик - законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет или сам несовершеннолетний после достижения возраста 14 лет, заказывающий либо имеющий намерение заказать платные медицинские услуги;

Исполнитель- БУ «Окружная клиническая больница», предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю.

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика/Потребителя обязуется своими силами и за счет собственных средств платные медицинские услуги Потребителю (далее – медицинские услуги) согласно перечню предоставляемых услуг (Приложение 1) и действующим прейскурантом Исполнителя, а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», Законом РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I «О защите прав потребителей», в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с [порядками](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100003&field=134&date=31.08.2023) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе [клинических рекомендаций](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100123&field=134&date=31.08.2023); с учетом [стандартов](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100005&field=134&date=31.08.2023) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.3. Потребитель имеет право на получение платных немедицинских услуг, предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг с согласия Потребителя.

1.4. Медицинские услуги будет оказываться Исполнителем по адресу: г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д. 40 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить Заказчика/Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

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

д) о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;

е) о перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения и иные сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.2. Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при оказании медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.3. Обеспечивать оказание качественных медицинских услуг Потребителю согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг.

2.1.4. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения Потребителем соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе-Югра.

2.1.5. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика/Потребителя:

а) копию учредительного документа Исполнителя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

в) выписку из ЕГРЮЛ Исполнителя.

2.1.5. Предоставлять Заказчику/Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг 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 человека медицинское изделие.

2.1.6. Выдавать по письменному заявлению Заказчика следующие документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

2.1.7. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) обеспечивать передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации

2.1.8. В случае возникновения препятствий для исполнения условий настоящего Договора немедленно извещать об этом Заказчика/Потребителя.

2.1.9. В процессе оказания медицинских услуг информировать Заказчика/Потребителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости.

2.1.10. При оказании медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.11. Гарантировать право Заказчика/Потребителя на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну, и обеспечивать ее конфиденциальность.

2.1.12. Ставить в известность Заказчика/Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.13. Перед проведением каждой медицинской процедуры и любого лечебно-диагностического мероприятия сообщать полную и достоверную информацию об этом Заказчику/Потребителю с необходимыми разъяснениями.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего Договора при неисполнении Потребителем/Заказчиком правил внутреннего распорядка Исполнителя, назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушении режима работы Исполнителя.

2.2.2. Приостановить выдачу медицинской документации Заказчику/Потребителю в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.2.3. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать Заказчику в проведении лечебно-диагностических мероприятий в отношении Потребителя.

2.2.4. Увеличить объем медицинской помощи без письменного согласия Заказчика/Потребителя, если это необходимо в интересах состояния здоровья Потребителя.

2.2.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии полного возмещения Заказчику убытков.

2.2.6. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.2.7. Выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.2.8. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

2.2.9. По согласию Заказчика/Потребителя привлекать иные медицинские организации, услуги которых окажутся необходимыми при оказании медицинских услуг Потребителю.

2.3. Заказчик/Потребитель обязаны:

2.3.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг.

2.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.3. Подписывать своевременно акты об оказании услуг Исполнителем.

2.3.4. Информировать лечащего врача о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, а также все необходимые сведения о Потребителе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

2.3.5. Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=31.08.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Потребитель обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих услуги по настоящему Договору, в том числе определенные на период временной нетрудоспособности, а также предписанные на период после оказания услуг.

2.3.6. Сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинских услуг, не нарушать предусмотренных законодательством прав как медицинских работников и иных лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, так и других пациентов.

2.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, не рекомендованного в связи с оказанием медицинских услуг по данному Договору.

2.3.8. Своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них.

2.3.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.3.10. Соблюдать правила поведения, режим работы установленные у Исполнителя.

2.3.11. Соблюдать правила безопасности и пожарной безопасности, правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.12. Явиться к Исполнителю для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.4. Заказчик/Потребитель имеет право:

2.4.1. В любое время получать информацию об объеме и качестве медицинской помощи, оказываемой Исполнителем, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика /Потребителя том, что несоблюдение указаний или рекомендаций учреждения или медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу Пациенту (в том числе назначенного режима лечения), могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.3. Условия получения Потребителем медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(амбулаторно / в дневном стационаре / стационарно / *указать организационные моменты, связанные с оказанием медицинских услуг*).

3.4. При отказе от медицинского вмешательства Заказчику/Потребителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий также оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком/Потребителем и медицинским работником.

3.5. При отказе Заказчика/Потребителя поставить свою подпись, удостоверяющую информированность его о возможных последствиях отказа от медицинского вмешательства, запись об отказе от медицинского вмешательства подписывается заведующим отделением и лечащим врачом.

3.6. Ориентировочный срок оказания медицинских услуг составляет пять рабочих день с моменты произведенной оплаты Заказчиком.

3.7. В случае если для предоставления медицинской услуги требуется более длительное время, срок предоставления услуги согласовывается с лечащим врачом и Заказчиком/Потребителем.

3.8. Подписываемый Сторонами акт об оказании услуг является подтверждением оказания услуг Исполнителем Потребителю (приложение 2).

3.9. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика/Потребителя. Дополнительные услуги предоставляются с согласия Заказчика/Потребителя (Приложение 3) и оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору Приложение 4). Дополнительные услуги оплачиваются дополнительно на основании акта оказанных услуг, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Заказчику/Потребителю.

3.10. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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

3.12. Исполнитель после исполнения настоящего Договора выдает Заказчику/Потребителю все необходимые медицинские документы, отражающие состояние здоровья Потребителя после получения медицинских услуг.

3.13. Стороны обязуются хранить в тайне врачебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. Цена Договора и порядок расчетов

4.1. При подписании настоящего Договора, Заказчик/Потребитель оплачивает стоимость медицинских услуг, согласно перечню медицинских услуг (Приложение 1 к настоящему договору) в соответствии с Прейскурантом цен, действующему на момент оказания услуг у Исполнителя, путем внесения 100 % предварительной оплаты в кассу Исполнителя.

4.2. Заказчику/Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

4.3. Датой оплаты стоимости услуг считается день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.4. В случае если Потребителю произведен предварительный расчет медицинских услуг, Заказчик/Потребитель производит оплату в размере стоимости предварительного расчёта в кассу Исполнителя. Уплата окончательной стоимости услуг осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя в течение 2-х рабочих дней с момента предъявления акта оказанных услуг.

4.5. Дополнительные услуги Потребителю, не входящие в перечень медицинских услуг, согласно Приложению 1 к настоящему договору оплачиваются на основании заключенного дополнительного соглашения к договору путем внесения 100 % предварительной оплаты в кассу Исполнителя.

4.6. В случае невозможности исполнения настоящего договора, возникшей по вине Заказчика/Потребителя, услуги подлежат оплате в полном объеме.

4.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика/Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик /Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2-х рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.6. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7. Претензии Заказчика/Потребителя по вопросам качества оказания медицинской помощи Потребителю принимаются к рассмотрению Исполнителем в течение 7 рабочих дней после оказания медицинских услуг.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия Договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течении одного года.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8. Заключительные положения

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.4.1. Перечень оказываемых медицинских услуг (Приложение 1);

8.4.4. Акт оказанных услуг (Приложение 2);

8.4.3. Заявление о согласие на получение дополнительных платных медицинских услуг (в случаях, предусмотренных настоящим договором);

8.4.4. Дополнительное соглашение (в случаях, предусмотренных настоящим договором).

8. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: | Заказчик/Потребитель: | ФИО законного представителя несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я являюсь законным представителем несовершеннолетнего (выбрать нужное: - мать, отец, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Даю свое согласие на совершение сделки (заключение договора на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_ и сознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам, возникшим на основе совершенной им сделки.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись ФИО законного представителя |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Юридический/почтовый адрес: | Паспорт: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. |
| ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес места регистрации: |
| ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ банке | Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись/Ф.И.О.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, ФИО) |

***Информированное добровольное согласие заполнено Заказчиком (законным представителем несовершеннолетнего) /Потребителем и вклеено в медицинскую документацию (медицинскую карту, историю болезни)***

УВЕДОМЛЕНИЕ

о последствиях несоблюдения указаний

(рекомендаций) БУ «Окружная клиническая больница»

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югра «Окружная клиническая больница», в соответствии с п. 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, уведомляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. Заказчика) о том, что Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО), находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=31.08.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение (указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. Потребителя) (подпись)

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. Заказчика) (подпись)

Приложение 1

к договору на оказание

платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень медицинских услуг/смета услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг | цена | количество | Стоимость | Структурное подразделение |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Заказчик/Потребитель с объемами оказываемых медицинских услуг и расценками на них согласен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

Приложение 2

к договору на оказание

платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

АКТ

об оказании услуг

к договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| (действующ\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспортные данные/данные Свидетельства о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(указывается если договор заключается в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет)** |

именуем\_\_ в дальнейшем Заказчик/Потребитель ***(нужное подчеркнуть***), с одной стороны и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югра «Окружная клиническая больница» (ИНН: 8601004445,ОГРН:1028600514360, КПП: 860101001), адрес места нахождения: г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д. 40, лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 26 апреля 2013 г. N 86 002289552, орган, осуществивший государственную регистрацию: Межрайонная ИФНС России № 1 по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре, Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 27 ноября 2020 г. № Л041-01193-86/00574212, выдана Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, e-mail: hospital@okbhmao.ru, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Кутефа Елены Ивановны, действующее на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора оказания платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. N \_\_\_\_ (далее - Договор) Исполнителем оказаны услуги, включающие:

1.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(описание оказанных услуг, исход)*.

1.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. Указанные в [п. 1](#Par0) настоящего Акта услуги согласно Договору оказаны в полном объеме с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по "\_\_\_"\_\_\_\_ \_\_\_ г.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик/Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |  | Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
|  |  | Приложение 3к договору на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_Главному врачу БУ «Окружная клиническая больница»г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д. 40 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) Заказчика/Потребителя Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

о согласии на получение дополнительных

платных медицинских услуг

 Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| (действующ\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспортные данные/данные Свидетельства о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(указывается если договор заключается в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста 15 лет)** |

в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в БУ «Окружная клиническая больница» а именно:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (указать вид(ы) медицинских услуг)

при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в БУ «Окружная клиническая больница», и согласен(на) оплатить лечение.
4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.
5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассе БУ «Окружная клиническая больница» в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУ «Окружная клиническая больница».
7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Информация для сведения:

В соответствии с п. 27 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

Приложение 4

к договору на оказание

платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ N \_\_\_\_

к договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_

на оказание дополнительных услуг

г.Ханты-Мансийск "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| (действующ\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспортные данные/данные Свидетельства о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(указывается если договор заключается в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет)** |

именуем\_\_ в дальнейшем Заказчик/Потребитель ***(нужное подчеркнуть***), с одной стороны и бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югра «Окружная клиническая больница» (ИНН: 8601004445,ОГРН:1028600514360, КПП: 860101001), адрес места нахождения: г. Ханты-Мансийск, ул. Калинина, д. 40, лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 26 апреля 2013 г. N 86 002289552, орган, осуществивший государственную регистрацию: Межрайонная ИФНС России № 1 по Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре, Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 27 ноября 2020 г. № Л041-01193-86/00574212, выдана Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, e-mail: hospital@okbhmao.ru, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Кутефа Елены Ивановны, действующее на основании Устава, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору оказания платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Дополнительно к медицинским услугам, предусмотренным приложением 1 к Договору № \_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Потребителю медицинские услуги по:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(перечень оказываемых медицинских услуг)*, а Заказчик/Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Дополнительным соглашением.

2. Сроки оказания дополнительных медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Стоимость дополнительных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей

4. Сроки оплаты: предоплата в размере 100 % путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

5. В остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны руководствуются Договором оказания платных медицинских услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_\_.

6. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

7. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. Адреса и реквизиты Сторон

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: | Заказчик/Потребитель: | ФИО законного представителя несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Я являюсь законным представителем несовершеннолетнего (выбрать нужное: - мать, отец, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Даю свое согласие на совершение сделки (заключение договора на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_ и сознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам, возникшим на основе совершенной им сделки.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись ФИО законного представителя |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Юридический/почтовый адрес: | Паспорт: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. |
| ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес места регистрации: |
| ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Расчетный счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ банке | Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись/Ф.И.О.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, ФИО) |

***Информированное добровольное согласие заполнено Заказчиком (законным представителем несовершеннолетнего) /Потребителем и вклеено в медицинскую документацию (медицинскую карту, историю болезни)***