Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России)

ПРИКАЗ

«14» сентября 2023 г. № 427

г. Астрахань

Об утверждении форм договоров оказания платных медицинских услуг

В соответствии с разделом IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, п.2.4 Устава ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России,

приказываю:

1. Утвердить следующие формы договоров оказания платных медицинских услуг в Университете:
1.1. Форму двустороннего договора оказания платных медицинских услуг (приложение № 1);
1.2. Форму трехстороннего договора оказания платных медицинских услуг (заказчик – физическое лицо) (приложение № 2);
1.3. Форму трехстороннего договора оказания платных медицинских услуг (заказчик – юридическое лицо) (приложение № 3);
1.4. Форму двустороннего договора оказания платных медицинских услуг (с законным представителем потребителя) (приложение № 4).
2. Главному врачу Университетской клиники ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России обеспечить заключение договоров оказания платных медицинских услуг по установленным формам.
3. Начальнику управления по информационным технологиям и цифровому обеспечению разместить данный приказ и приложения к нему на официальном сайте ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России в разделе «Документы» и в разделе «Структура университета – Многопрофильный медицинский клинический центр – Документы» в течение 3 дней с момента подписания приказа.
4. Начальнику отдела делопроизводства ознакомить с настоящим приказом заинтересованных лиц под роспись.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на проректора по лечебной работе и развитию регионального здравоохранения.

И.о. ректора, д.м.н., профессор Е.А. Попов

Подписано: Попов Евгений Антонович
Дата: 2023.09.14 12:05:08 +04'00'

Приложение № 1
к приказу от «14» 09 2023 г. № 427

УВЕДОМЛЕНИЕ

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России уведомляет, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя по договору оказания платных медицинских услуг (медицинского работника исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.
С уведомлением ознакомлен (а) до заключения договора оказания платных медицинских услуг.

Подпись потребителя:_____ Расшифровка подписи_____ Дата_____

Договор
оказания платных медицинских услуг №_____

«_____» _____ 20__ г. г. Астрахань

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; предоставляющее платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности регистрационный № _____ от _____ г., срок действия – бессрочная, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, наименование, стоимость и объем (количество) которых указано в спецификации (Приложение №1 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью), именуемые в дальнейшем «Услуги», а Потребитель обязуется принять и оплатить полученные (получаемые) Услуги.

1.2 Потребитель подписанием настоящего договора и информированного согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью) подтверждает свое намерение получить Услуги на платной основе.

1.3. Срок оказания Услуг с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г.

1.4. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: _____
_____.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Услуги, указанные в Приложении №1 к настоящему договору, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.2. При предоставлении Услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.3. После исполнения договора предоставить Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.1.4. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, предупредить об этом Потребителя.

2.1.5. В случае если при предоставлении Услуг потребуется оказание медицинской помощи в экстренной форме, предоставить такую медицинскую помощь без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Выдать Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.1.7. Предоставить 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 Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

2.1.9. В случае временного приостановления деятельности для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий информировать Потребителя путем размещения информации на сайте Исполнителя либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Исполнителя будет приостановлена.

2.1.10. По обращению Потребителя выдать документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные Услуги, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Приостанавливать исполнение своих обязательств по настоящему Договору, в случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации, до предоставления необходимой информации.

2.2.3. Требовать от Потребителя соблюдения Положения о предоставлении платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем (далее – Положение).

2.2.4. Требовать оплаты услуг, оказанных (оказываемых) Потребителю по настоящему Договору.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить Услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.3.2. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения пациентов, существующие в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режим работы данного структурного подразделения, выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания Услуг.

2.3.3. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача. Нарушение указанной обязанности Потребителем является исключительно его риском.

2.3.4. Соблюдать Положение.

2.3.5. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.3.6. В случае отказа после заключения Договора от получения Услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.3.7. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя Услуги в соответствии с пунктом 2.1.1 Договора.

2.4.2. Отказаться после заключения договора от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму, за исключением фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.4.3. На получение информации об оказываемых Услугах, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.5. На отказ от медицинского вмешательства.

2.5. Исполнитель и Потребитель имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Услуги предоставляются согласно графику работы медицинского подразделения Исполнителя, который доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет" и (или) на информационных стендах (стойках) Исполнителя в наглядной и доступной форме.

3.3. Условия и сроки ожидания Услуг, предусмотренных пунктом 1.1 Договора: _____.

3.4. Если иное не установлено законодательством РФ, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются (направляются) Потребителю без взимания дополнительной платы в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента получения соответствующего запроса в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.5. По окончании оказания Услуг Сторонами подписывается акт об оказании медицинских услуг в двух экземплярах (Приложение №4 к настоящему Договору). При наличии замечаний к оказанным Исполнителем Услугам Потребитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр Исполнителю. В случае немотивированного уклонения Потребителя от подписания акта об оказании медицинских услуг Услуги считаются оказанными в полном объеме и принятыми Потребителем.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость Услуг определяется действующим у Исполнителя Прейскурантом цен, указывается в Приложении № 1 применительно к каждому виду Услуг и составляет: (цифрами и прописью) _____ _____ рублей.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги при заключении Договора по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или наличным платежом в кассу Университета, расположенную по адресу: г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, каб. 114.

4.3. При возникновении необходимости оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, они могут быть предоставлены только с согласия Потребителя с оформлением дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей по вине Потребителя, Услуги подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ и настоящим Договором. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей", либо настоящим Договором. Обращения (жалобы) Потребителя с указанными требованиями направляются Исполнителю в порядке, предусмотренном разделом 6 Договора.

5.2. Недостатки Услуги должны быть устранены Исполнителем в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя, если иной разумный срок устранения недостатков Услуги не назначен Потребителем.

5.3. Требования Потребителя о повторном оказании Услуги подлежат удовлетворению в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя.

5.4. Новый срок оказания Услуги, назначенный Потребителем в случае, если Исполнителем нарушены установленные Договором сроки оказания Услуги или если во время оказания Услуги стало очевидным, что она не будет оказана в срок, подлежит указанию в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.5. В случае неоплаты Потребителем стоимости Услуг на условиях, указанных в Разделе 4 настоящего Договора, медицинские услуги Исполнителем не оказываются до оплаты Потребителем их стоимости.

5.6. 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. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Претензии и споры, которые могут возникнуть между Потребителем и Исполнителем, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий (жалобу) в письменной и электронной форме по адресам, указанным в разделе 11 Договора. Если иное не предусмотрено Договором, Сторона, получившая претензию, обязана ее рассмотреть и письменно ответить на нее в срок до 10 (десяти) дней с момента получения претензии.

6.3. Потребитель вправе обжаловать действия (бездействие) Исполнителя в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

7.1. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и защиту полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения, за исключением установленных законодательством РФ случаев.

7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от его исполнения в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон (либо ими лично).

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

10.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

10.3.1. Спецификация (Приложение №1).

10.3.2. Информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2).

10.3.3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение №3).

10.3.4. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №4).

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №1
к Договору № _____ от «____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№	Наименование медицинской услуги	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			

Итого: _____(без НДС на основании пп.2 п.2 ст.149 Налогового Кодекса РФ.)

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №2
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, Потребитель _____, в рамках договора оказания платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (далее – Учреждение), и настоящим согласием подтверждаю следующее:

1. Я, получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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, 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 доступно разъяснены сотрудниками Учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации.
4. При заключении договора мне в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, в том числе о порядке оказания медицинской помощи и существующих стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
5. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
6. 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
8. Я информирован(а) о том, что должен(а) пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
9. Я ознакомлен с действующим перечнем платных медицинских услуг с указанием цены и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
10. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в порядке, установленном договором оказания платных медицинских услуг.
11. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России.
12. Настоящее Согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (подпись): _____,

Дата «_____»_____20__г.

Приложение №3
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя
в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): по медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинской статистике, сестринскому делу, лечебному делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии профилактической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью. эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: трансфузиологии. неврологии. ; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: ревматологии.

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской микробиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии.

Приложение №4
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Акт об оказании медицинских услуг

г. Астрахань «_____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и гражданин_____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, в соответствии с Договором № _____ от «____»_____20__ г. оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) составили настоящий акт об оказании медицинских услуг о нижеследующем:

1. В период с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

№	Наименование	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			
2.			
3.			
Итого:			

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: _____ рублей.
(сумма цифрами и прописью)
3. Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны Исполнителем в полном объеме и в установленный срок.
4. Потребитель в полном объеме оплатил медицинские услуги в сроки и порядке, установленные Договором.
5. Потребитель претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение № 2
к приказу от «14» 09 2023 г. № 424

УВЕДОМЛЕНИЕ

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России уведомляет, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя по договору оказания платных медицинских услуг (медицинского работника исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
С уведомлением ознакомлен (а) до заключения договора оказания платных медицинских услуг.

Подпись потребителя:_____ Расшифровка подписи_____ Дата_____

Подпись Заказчика:_____ Расшифровка подписи_____ Дата_____

Договор
оказания платных медицинских услуг №_____

«_____» _____ 20___ г. г. Астрахань

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; предоставляющее платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности регистрационный № _____ от _____ г., срок действия – бессрочная, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____,
именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, наименование, стоимость и объем (количество) которых указано в спецификации (Приложение №1 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью), именуемые в дальнейшем «Услуги», а Заказчик обязуется принять и оплатить полученные (получаемые) Услуги.

1.2 Потребитель и Заказчик подписанием настоящего договора и информированного согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью) подтверждают свое намерение получить Услуги на платной основе.

1.3. Срок оказания Услуг с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г.

1.4. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: _____
_____.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Услуги, указанные в Приложении №1 к настоящему договору, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.2. При предоставлении Услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.3. После исполнения договора предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.1.4. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, предупредить об этом Заказчика и Потребителя.

2.1.5. В случае если при предоставлении Услуг потребуется оказание медицинской помощи в экстренной форме, предоставить такую медицинскую помощь без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.1.7. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) 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 Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. Предоставить Заказчику и Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

2.1.9. В случае временного приостановления деятельности для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий информировать Заказчика и Потребителя путем размещения информации на сайте Исполнителя либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Исполнителя будет приостановлена.

2.1.10. По обращению Потребителя/Заказчика выдать документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные медицинские услуги, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Заказчика и Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Приостанавливать исполнение своих обязательств по настоящему Договору, в случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком или Потребителем информации, до предоставления необходимой информации.

2.2.3. Требовать от Заказчика и Потребителя соблюдения Положения о предоставлении платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем (далее – Положение).

2.2.4. Требовать оплаты Услуг, оказанных (оказываемых) Потребителю по настоящему Договору.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения пациентов, существующие в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режим работы данного структурного подразделения, выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему Услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания Услуг.

2.3.2. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача. Нарушение указанной обязанности Потребителем является исключительно его риском.

2.3.3. Соблюдать Положение.

2.3.4. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.3.5. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя Услуги в соответствии с пунктом 2.1.1 Договора.

2.4.2. Отказаться после заключения договора от получения Услуг.

2.4.3. На получение информации об оказываемых Услугах, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.5. Заказчик обязуется:

2.5.1. Оплатить Услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.5.2. При наличии возможности обеспечить соблюдение Потребителем режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, правил поведения пациентов, существующих в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режима работы данного структурного подразделения, а также при наличии возможности обеспечить выполнение Потребителем всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему Услуги, по лечению, в том числе соблюдение указаний, предписанных на период после оказания Услуг.

2.5.3. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных Потребителем заболеваниях, аллергических реакциях и противопоказаниях Потребителя (при наличии такой информации), при наличии возможности обеспечить выполнение Потребителем назначений врача.

2.5.4. Соблюдать Положение.

2.5.5. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.5.6. В случае отказа Потребителем или Заказчиком после заключения Договора от получения Услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.5.7. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.6. Заказчик вправе:

2.6.1. Отказаться после заключения договора от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму, за исключением фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.6.2. На получение информации об оказываемых Услугах.

2.7. Исполнитель, Потребитель, Заказчик имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Услуги предоставляются согласно графику работы медицинского подразделения Исполнителя, который доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет" и (или) на информационных стендах (стойках) Исполнителя в наглядной и доступной форме.

3.3. Условия и сроки ожидания Услуг, предусмотренных пунктом 1.1 Договора: _____.

3.4. Если иное не установлено законодательством РФ, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются (направляются) Потребителю (законному представителю Потребителя) без взимания дополнительной платы в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента получения соответствующего запроса в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.5. По окончании оказания Услуг Сторонами подписывается акт об оказании медицинских услуг в трех экземплярах (Приложение №4 к настоящему Договору). При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик или Потребитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр Исполнителю. В случае немотивированного уклонения Заказчика или Потребителя от подписания акта об оказании медицинских услуг Услуги считаются оказанными в полном объеме и принятыми Заказчиком или Потребителем соответственно.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость Услуг определяется действующим у Исполнителя Прейскурантом цен, указывается в Приложении № 1 применительно к каждому виду Услуг и составляет: (цифрами и прописью) _____ рублей.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги при заключении Договора по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или наличным платежом в кассу Университета, расположенную по адресу: г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, каб. 114.

4.3. При возникновении необходимости оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, они могут быть предоставлены только с согласия Заказчика и Потребителя с оформлением дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей по вине Потребителя или Заказчика, Услуги подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ и настоящим Договором. При предъявлении Потребителем или Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей", либо настоящим Договором. Обращения (жалобы) Потребителя или Заказчика с указанными требованиями направляются Исполнителю в порядке, предусмотренном разделом 6 Договора.

5.2. Недостатки Услуги должны быть устранены Исполнителем в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя или Заказчика, если иной разумный срок устранения недостатков Услуги не назначен Потребителем или Заказчиком.

5.3. Требования Потребителя или Заказчика о повторном оказании Услуги подлежат удовлетворению в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя.

5.4. Новый срок оказания Услуги, назначенный Потребителем или Заказчиком в случае, если Исполнителем нарушены установленные Договором сроки оказания Услуги или если во время оказания Услуги стало очевидным, что она не будет оказана в срок, подлежит указанию в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.5. В случае неоплаты Заказчиком стоимости Услуг на условиях, указанных в Разделе 4 настоящего Договора, Услуги Исполнителем не оказываются до оплаты Заказчиком их стоимости.

5.6. 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. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Претензии и споры, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий (жалобу) в письменной и электронной форме по адресам, указанным в разделе 11 Договора. Если иное не предусмотрено Договором, Сторона, получившая претензию, обязана ее рассмотреть и письменно ответить на нее в срок до 10 (десяти) дней с момента получения претензии.

6.3. Потребитель и Заказчик вправе обжаловать действия (бездействие) Исполнителя в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

7.1. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и защиту полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения, за исключением установленных законодательством РФ случаев.

7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от его исполнения в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон (либо ими лично).

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

10.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

10.3.1. Спецификация (Приложение №1).

10.3.2. Информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2).

10.3.3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение №3).

10.3.4. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №4).

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

	ЗАКАЗЧИК **ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/____**ФИО**_____/

Приложение №1
к Договору № _____ от «____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№	Наименование медицинской услуги	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			

Итого: _____(без НДС на основании пп.2 п.2 ст.149 Налогового Кодекса РФ.)

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/___**ФИО**_____/
	ЗАКАЗЧИК **ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №2
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ***ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ***

Мы, Потребитель _____
и Заказчик _____,

в рамках договора оказания платных медицинских услуг желаем получить платные медицинские услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (далее – Учреждение), и настоящим согласием подтверждаем следующее:

1. Мы, получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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, даем свое согласие на оказание платных медицинских услуг в отношении Потребителя.
2. Нам разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Нам доступно разъяснены сотрудниками Учреждения наши права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации.
4. При заключении договора нам в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, в том числе о порядке оказания медицинской помощи и существующих стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
5. Нам разъяснено и мы осознаем, что проводимое лечение в отношении Потребителя не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
6. Мы согласны 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
7. Мы осознаем и понимаем, что для получения лучших результатов лечения Потребитель должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
8. Мы информированы о том, что Потребитель должен(а) пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
9. Мы ознакомлены с действующим перечнем платных медицинских услуг с указанием цены и Заказчик согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
10. Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и Заказчик дает свое согласие на их оплату в порядке, установленном договором оказания платных медицинских услуг.
11. Мы проинформированы, что по поводу имеющегося у Потребителя заболевания он может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаем свое согласие на получение указанной медицинской услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России.
12. Настоящее Согласие нами прочитано, мы полностью понимаем преимущества предложенных видов медицинских услуг и даем согласие на их применение.

Потребитель (подпись): _____

Заказчик (подпись): _____

Дата «_____»_____20__г.

Приложение №3
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя
в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): по медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинской статистике, сестринскому делу, лечебному делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии профилактической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью. эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: трансфузиологии. неврологии. ; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: ревматологии.

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской микробиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии.

Приложение №4
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Акт об оказании медицинских услуг

г. Астрахань «_____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____,
именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, в соответствии с Договором № _____ от «____»_____20__ г. оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) составили настоящий акт об оказании медицинских услуг о нижеследующем:

1. В период с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

№	Наименование	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			
2.			
3.			
Итого:			

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: _____ рублей.
(сумма цифрами и прописью)
3. Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны Исполнителем в полном объеме и в установленный срок.
4. Заказчик в полном объеме оплатил медицинские услуги в сроки и порядке, установленные Договором.
5. Потребитель и Заказчик претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеют.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/____**ФИО**_____/

	ЗАКАЗЧИК **ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение № 3
к приказу от «14» 09 2023 г. № 427

УВЕДОМЛЕНИЕ

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России уведомляет, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя по договору оказания платных медицинских услуг (медицинского работника исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
С уведомлением ознакомлен (а) до заключения договора оказания платных медицинских услуг.

Подпись потребителя:_____ **Расшифровка подписи**_____ **Дата**_____

Подпись Заказчика:_____ **Расшифровка подписи**_____ **Дата**_____

Договор
оказания платных медицинских услуг №_____

«_____» _____ 20__г. г. Астрахань

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; предоставляющее платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности регистрационный № _____ от _____ г., срок действия – бессрочная, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(наименование юридического лица)
адрес в пределах места нахождения юридического лица:_____;
ОГРН: _____; ИНН: _____;
именуемое (-ый) в дальнейшем «Заказчик», в лице _____
_____,
(наименование должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя Заказчика)
действующего на основании _____,
с другой стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, наименование, стоимость и объем (количество) которых указано в спецификации (Приложение №1 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью), именуемые в дальнейшем «Услуги», а Заказчик обязуется принять и оплатить полученные (получаемые) Услуги.

1.2 Потребитель и Заказчик подписанием настоящего договора и информированного согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью) подтверждают свое намерение получить Услуги на платной основе.

1.3. Срок оказания Услуг с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г.

1.4. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: _____
_____.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Услуги, указанные в Приложении №1 к настоящему договору, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.2. При предоставлении Услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.3. После исполнения договора предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.1.4. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, предупредить об этом Заказчика и Потребителя.

2.1.5. В случае если при предоставлении Услуг потребуется оказание медицинской помощи в экстренной форме, предоставить такую медицинскую помощь без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.1.7. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) 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 Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. Предоставить Заказчику и Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

2.1.9. В случае временного приостановления деятельности для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий информировать Заказчика и Потребителя путем размещения информации на сайте Исполнителя либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Исполнителя будет приостановлена.

2.1.10. По обращению Потребителя/Заказчика выдать документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные медицинские услуги, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Заказчика и Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Приостанавливать исполнение своих обязательств по настоящему Договору, в случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком или Потребителем информации, до предоставления необходимой информации.

2.2.3. Требовать от Заказчика и Потребителя соблюдения Положения о предоставлении платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем (далее – Положение).

2.2.4. Требовать оплаты Услуг, оказанных (оказываемых) Потребителю по настоящему Договору.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения пациентов, существующие в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режим работы данного структурного подразделения, выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему Услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания Услуг.

2.3.2. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача. Нарушение указанной обязанности Потребителем является исключительно его риском.

2.3.3. Соблюдать Положение.

2.3.4. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.3.5. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя Услуги в соответствии с пунктом 2.1.1 Договора.

2.4.2. Отказаться после заключения договора от получения Услуг.

2.4.3. На получение информации об оказываемых Услугах, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.5. Заказчик обязуется:

2.5.1. Оплатить Услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.5.2. При наличии возможности обеспечить соблюдение Потребителем режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, правил поведения пациентов, существующих в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режима работы данного структурного подразделения, а также при наличии возможности обеспечить выполнение Потребителем всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему Услуги, по лечению, в том числе соблюдение указаний, предписанных на период после оказания Услуг.

2.5.3. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных Потребителем заболеваниях, аллергических реакциях и противопоказаниях Потребителя (при наличии такой информации), при наличии возможности обеспечить выполнение Потребителем назначений врача.

2.5.4. Соблюдать Положение.

2.5.5. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.5.6. В случае отказа Потребителем или Заказчиком после заключения Договора от получения Услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.5.7. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.6. Заказчик вправе:

2.6.1. Отказаться после заключения договора от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму, за исключением фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.6.2. На получение информации об оказываемых Услугах.

2.7. Исполнитель, Потребитель, Заказчик имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Услуги предоставляются согласно графику работы медицинского подразделения Исполнителя, который доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет" и (или) на информационных стендах (стойках) Исполнителя в наглядной и доступной форме.

3.3. Условия и сроки ожидания Услуг, предусмотренных пунктом 1.1 Договора: _____.

3.4. Если иное не установлено законодательством РФ, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются (направляются) Потребителю (законному представителю Потребителя) без взимания дополнительной платы в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента получения соответствующего запроса в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.5. По окончании оказания Услуг Сторонами подписывается акт об оказании медицинских услуг в трех экземплярах (Приложение №4 к настоящему Договору). При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик или Потребитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр Исполнителю. В случае немотивированного уклонения Заказчика или Потребителя от подписания акта об оказании медицинских услуг Услуги считаются оказанными в полном объеме и принятыми Заказчиком или Потребителем соответственно.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость Услуг определяется действующим у Исполнителя Прейскурантом цен, указывается в Приложении № 1 применительно к каждому виду Услуг и составляет: (цифрами и прописью) _____ _____ рублей.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги при заключении Договора по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или наличным платежом в кассу Университета, расположенную по адресу: г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, каб. 114.

4.3. При возникновении необходимости оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, они могут быть предоставлены только с согласия Заказчика и Потребителя с оформлением дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей по вине Потребителя или Заказчика, Услуги подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ и настоящим Договором. При предъявлении Потребителем или Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей", либо настоящим Договором. Обращения (жалобы) Потребителя или Заказчика с указанными требованиями направляются Исполнителю в порядке, предусмотренном разделом 6 Договора.

5.2. Недостатки Услуги должны быть устранены Исполнителем в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя или Заказчика, если иной разумный срок устранения недостатков Услуги не назначен Потребителем или Заказчиком.

5.3. Требования Потребителя или Заказчика о повторном оказании Услуги подлежат удовлетворению в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Потребителя.

5.4. Новый срок оказания Услуги, назначенный Потребителем или Заказчиком в случае, если Исполнителем нарушены установленные Договором сроки оказания Услуги или если во время оказания Услуги стало очевидным, что она не будет оказана в срок, подлежит указанию в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.5. В случае неоплаты Заказчиком стоимости Услуг на условиях, указанных в Разделе 4 настоящего Договора, Услуги Исполнителем не оказываются до оплаты Заказчиком их стоимости.

5.6. 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. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

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

Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Претензии и споры, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий (жалобу) в письменной и электронной форме по адресам, указанным в разделе 11 Договора. Если иное не предусмотрено Договором, Сторона, получившая претензию, обязана ее рассмотреть и письменно ответить на нее в срок до 10 (десяти) дней с момента получения претензии.

6.3. Потребитель и Заказчик вправе обжаловать действия (бездействие) Исполнителя в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

7.1. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и защиту полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения, за исключением установленных законодательством РФ случаев.

7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от его исполнения в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон (либо ими лично).

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

10.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

10.3.1. Спецификация (Приложение №1).

10.3.2. Информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2).

10.3.3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение №3).

10.3.4. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №4).

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/____**ФИО**_____/

	ЗАКАЗЧИК **Наименование юридического лица_____** **_____** **Адрес места нахождения:_____** **_____** **_____** **Иные адреса для направления** **корреспонденции:_____** **_____** **_____** **ИНН/КПП:_____** **ОГРН: _____** **Банковские реквизиты (при наличии): _____** **_____** **_____** **Адрес электронной почты:_____** **Номер телефона: _____** **Должность _____/_____ФИО_____/**

Приложение №1
к Договору № _____ от «____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№	Наименование медицинской услуги	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			

Итого: _____(без НДС на основании пп.2 п.2 ст.149 Налогового Кодекса РФ.)

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/
	ЗАКАЗЧИК **Наименование юридического лица**_____ _____ **Адрес места нахождения:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **ИНН/КПП:**_____ **ОГРН:** _____ **Банковские реквизиты (при наличии):** _____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Должность** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №2
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мы, Потребитель _____
и Заказчик _____,

в рамках договора оказания платных медицинских услуг желаем получить платные медицинские услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (далее – Учреждение), и настоящим согласием подтверждаем следующее:

1. Мы, получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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, даем свое согласие на оказание платных медицинских услуг в отношении Потребителя.
2. Нам разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Нам доступно разъяснены сотрудниками Учреждения наши права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации.
4. При заключении договора нам в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, в том числе о порядке оказания медицинской помощи и существующих стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
5. Нам разъяснено и мы осознаем, что проводимое лечение в отношении Потребителя не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
6. Мы согласны 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
7. Мы осознаем и понимаем, что для получения лучших результатов лечения Потребитель должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
8. Мы информированы о том, что Потребитель должен(а) пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
9. Мы ознакомлены с действующим перечнем платных медицинских услуг с указанием цены и Заказчик согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
10. Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и Заказчик дает свое согласие на их оплату в порядке, установленном договором оказания платных медицинских услуг.
11. Мы проинформированы, что по поводу имеющегося у Потребителя заболевания он может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаем свое согласие на получение указанной медицинской услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России.
12. Настоящее Согласие нами прочитано, мы полностью понимаем преимущества предложенных видов медицинских услуг и даем согласие на их применение.

Потребитель (подпись): _____

Заказчик (подпись): _____

Дата «_____»_____20__г.

Приложение №3
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя
в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): по медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинской статистике, сестринскому делу, лечебному делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии профилактической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью. эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: трансфузиологии. неврологии. ; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: ревматологии.

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской микробиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии.

Приложение №4
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Акт об оказании медицинских услуг

г. Астрахань «_____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____,
именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, в соответствии с Договором № _____ от «____»_____20__ г. оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) составили настоящий акт об оказании медицинских услуг о нижеследующем:

1. В период с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

№	Наименование	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			
2.			
3.			
Итого:			

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: _____ рублей.
(сумма цифрами и прописью)
3. Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны Исполнителем в полном объеме и в установленный срок.
4. Заказчик в полном объеме оплатил медицинские услуги в сроки и порядке, установленные Договором.
5. Потребитель и Заказчик претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеют.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

	ЗАКАЗЧИК **Наименование юридического лица_____** **_____** **Адрес места нахождения:_____** **_____** **_____** **Иные адреса для направления** **корреспонденции:_____** **_____** **_____** **ИНН/КПП:_____** **ОГРН: _____** **Банковские реквизиты (при наличии): _____** **_____** **_____** **Адрес электронной почты:_____** **Номер телефона: _____** **Должность _____/_____ФИО_____/**

Приложение № 4
к приказу от «14» 09 2023 г. № 427

УВЕДОМЛЕНИЕ

ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России уведомляет, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя по договору оказания платных медицинских услуг (медицинского работника исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
С уведомлением ознакомлен (а) до заключения договора оказания платных медицинских услуг.

Подпись законного представителя потребителя _____ **Расшифровка подписи**_____ **Дата**_____

Договор
оказания платных медицинских услуг №_____

«_____» _____ 20___г. г. Астрахань

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; предоставляющее платные медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности регистрационный № _____ от _____ г., срок действия – бессрочная, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Астраханской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____
(должность, ФИО)
_____,
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Представитель», действующий (-ая) в интересах Потребителя _____
_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя)
адрес места жительства потребителя: _____,
данные документа, удостоверяющего личность потребителя: _____
_____,
с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, наименование, стоимость и объем (количество) которых указано в спецификации (Приложение №1 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью), именуемые в дальнейшем «Услуги», а Представитель обязуется принять и оплатить полученные (получаемые) Услуги.

1.2 Представитель подписанием настоящего договора и информированного согласия на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору, являющееся его неотъемлемой частью) подтверждает свое намерение получить Услуги на платной основе.

1.3. Срок оказания Услуг с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г.

1.4. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: _____
_____.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Услуги, указанные в Приложении №1 к настоящему договору, в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.1.2. При предоставлении Услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.3. После исполнения договора предоставить Представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.1.4. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, предупредить об этом Представителя.

2.1.5. В случае если при предоставлении Услуг потребуется оказание медицинской помощи в экстренной форме, предоставить такую медицинскую помощь без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Выдать Представителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.1.7. Предоставить Представителю 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 предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. Предоставить Представителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

2.1.9. В случае временного приостановления деятельности для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий информировать Представителя путем размещения информации на сайте Исполнителя либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Исполнителя будет приостановлена.

2.1.10. По обращению Представителя выдать документы, подтверждающие фактические расходы Представителя на оказанные медицинские услуги, предусмотренные Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Представителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. Приостанавливать исполнение своих обязательств по настоящему Договору, в случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Представителем информации, до предоставления необходимой информации.

2.2.3. Требовать от Представителя соблюдения Положения о предоставлении платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем (далее – Положение).

2.2.4. Требовать оплаты Услуг, оказанных (оказываемых) Потребителю по настоящему Договору.

2.3. Представитель обязуется:

2.3.1. Оплатить Услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.3.2. Обеспечить соблюдение Потребителем режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, правил поведения пациентов, существующих в структурном подразделении Исполнителя, оказывающем платные медицинские услуги, режима работы данного структурного подразделения, обеспечить выполнение Потребителем всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, оказывающего ему Услуги, по лечению, в том числе соблюдение указаний, предписанных на период после оказания Услуг.

2.3.3. Информировать Исполнителя до оказания Услуг о перенесенных Потребителем заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, обеспечить точное выполнение Потребителем назначений врача. Нарушение указанной обязанности Представителем является исключительно его риском.

2.3.4. Соблюдать Положение.

2.3.5. По запросу Исполнителя представить ему необходимые для предоставления Услуг документы и материалы.

2.3.6. Принять оказанные Услуги, подписав акт об оказании медицинских услуг, либо предоставить Исполнителю письменный мотивированный отказ от приемки услуг (замечания).

2.3.7. В случае отказа после заключения Договора от получения Услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору

2.4. Представитель имеет право:

2.4.1. Получать в отношении Потребителя от Исполнителя Услуги в соответствии с пунктом 2.1.1 Договора.

2.4.2. Отказаться после заключения договора от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму, за исключением фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору

2.4.3. На получение информации об оказываемых Услугах.

2.5. Исполнитель и Представитель имеют иные права и обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Услуги предоставляются согласно графику работы медицинского подразделения Исполнителя, который доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет" и (или) на информационных стендах (стойках) Исполнителя в наглядной и доступной форме.

3.3. Условия и сроки ожидания Услуг, предусмотренных пунктом 1.1 Договора: _____.

3.4. Если иное не установлено законодательством РФ, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются (направляются) Представителю без взимания дополнительной платы в срок, не превышающий 7 рабочих дней с момента получения соответствующего запроса в порядке, предусмотренном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

3.5. По окончании оказания Услуг Сторонами подписывается акт об оказании медицинских услуг в двух экземплярах (Приложение №4 к настоящему Договору). При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Представитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает акт и передает один экземпляр

Исполнителю. В случае немотивированного уклонения Представителя от подписания акта об оказании медицинских услуг Услуги считаются оказанными в полном объеме и принятыми Представителем.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость Услуг определяется действующим у Исполнителя Прейскурантом цен, указывается в Приложении № 1 применительно к каждому виду Услуг и составляет: (цифрами и прописью) _____ _____ рублей.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Представителем в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги при заключении Договора по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или наличным платежом в кассу Университета, расположенную по адресу: г. Астрахань, ул. Бакинская, д.121, каб. 114.

4.3. При возникновении необходимости оказания Потребителю дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, они могут быть предоставлены только с согласия Представителя с оформлением дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникшей по вине Потребителя или Представителя, Услуги подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Представитель возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ и настоящим Договором. При предъявлении Представителем требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей", либо настоящим Договором. Обращения (жалобы) Представителя с указанными требованиями направляются Исполнителю в порядке, предусмотренном разделом 6 Договора.

5.2. Недостатки Услуги должны быть устранены Исполнителем в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Представителя, если иной разумный срок устранения недостатков Услуги не назначен Представителем.

5.3. Требования Представителя о повторном оказании Услуги подлежат удовлетворению в течение 3 рабочих дней с момента получения соответствующего требования Представителя.

5.4. Новый срок оказания Услуги, назначенный Представителем в случае, если Исполнителем нарушены установленные Договором сроки оказания Услуги или если во время оказания Услуги стало очевидным, что она не будет оказана в срок, подлежит указанию в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

5.5. В случае неоплаты Представителем стоимости Услуг на условиях, указанных в Разделе 4 настоящего Договора, Услуги Исполнителем не оказываются до оплаты Представителем их стоимости.

5.6. 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. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Претензии и споры, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий (жалобу) в письменной и электронной форме по адресам, указанным в разделе 11 Договора. Если иное не предусмотрено Договором, Сторона, получившая претензию, обязана ее рассмотреть и письменно ответить на нее в срок до 10 (десяти) дней с момента получения претензии.

6.3. Представитель вправе обжаловать действия (бездействие) Исполнителя в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

7.1. Стороны обязуются обеспечить конфиденциальность и защиту полученной друг от друга информации и не допускать ее разглашения, за исключением установленных законодательством РФ случаев.

7.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в случаях, установленных статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от его исполнения в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

8.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон (либо ими лично).

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

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

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

10.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

10.3.1. Спецификация (Приложение №1).

10.3.2. Информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2).

10.3.3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение №3).

10.3.4. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №4).

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №1
к Договору № _____ от «____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№	Наименование медицинской услуги	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			

Итого: _____(без НДС на основании пп.2 п.2 ст.149 Налогового Кодекса РФ.)

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/

Приложение №2
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ***ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ***

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

действующий в интересах Потребителя _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя)

в рамках договора оказания платных медицинских услуг желаю, чтобы Потребитель получил платные медицинские услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России (далее – Учреждение), и настоящим согласием подтверждаю следующее:

1. Я, получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг в отношении Потребителя.
2. Мне разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне доступно разъяснены сотрудниками Учреждения права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации.
4. При заключении договора мне в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, в том числе о порядке оказания медицинской помощи и существующих стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
5. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое лечение в отношении Потребителя не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
6. 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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Потребитель должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
8. Я информирован о том, что Потребитель должен(а) пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
9. Я ознакомлен с действующим перечнем платных медицинских услуг с указанием цены и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
10. Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в порядке, установленном договором оказания платных медицинских услуг.
11. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у Потребителя заболевания он может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России.
12. Настоящее Согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных видов медицинских услуг и даю согласие на их применение в отношении Потребителя.

Представитель потребителя (подпись): _____

Дата «_____»_____20__г.

Приложение №3
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя
в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): по медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинской статистике, сестринскому делу, лечебному делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии профилактической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью. эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: трансфузиологии. неврологии. ; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: ревматологии.

При проведении медицинских осмотров, организуются и выполняются следующие работы (услуги): медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской микробиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, медицинской микробиологии.

Приложение №4
к Договору № _____ от
«____»_____20__ г.
оказания платных медицинских услуг

Акт об оказании медицинских услуг

г. Астрахань «_____» _____ 20____ г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России); адрес в пределах места нахождения юридического лица: 414000, Астраханская область, г.Астрахань, ул.Бакинская, д.121; ОГРН: 1023000857285; ИНН: 3015010536; именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____,
(должность, ФИО)
действующего на основании_____,
с одной стороны, и _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя потребителя)

именуемый (-ая) в дальнейшем «Представитель», действующий (-ая) в интересах Потребителя _____
_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя)
с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые Стороны, в соответствии с Договором № _____ от «____»_____20__ г. оказания платных медицинских услуг (далее – Договор) составили настоящий акт об оказании медицинских услуг о нижеследующем:

1. В период с « » _____ 202__ г. по « » _____ 202__ г. Исполнителем оказаны Потребителю медицинские услуги, включающие:

№	Наименование	Количество (объем)	Стоимость, руб.
1.			
2.			
3.			
Итого:			

2. Всего оказано медицинских услуг на сумму: _____ рублей.
(сумма цифрами и прописью)
3. Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны Исполнителем в полном объеме и в установленный срок.
4. Представитель в полном объеме оплатил медицинские услуги в сроки и порядке, установленные Договором.
5. Представитель претензий к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ**
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Юридический адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121 Почтовый адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, телефоны: 8 (8512) 52-41-43 ОКТМО 12701000, ОГРН 1023000857285, ОКПО 01962994, Получатель УФК по Астраханской области ИНН 3015010078 (ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России л/счет 20256016890) ИНН/КПП 3015010536/301501001 Единый казначейский счет 40102810445370000017 Номер казначейского счета 03214643000000012500 Банк – Отделение Астрахань Банка России// УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 Код платежа: 00000000000000000130 Должность _____/ФИО/	**ФИО**_____ _____ **Адрес места жительства:**_____ _____ _____ **Иные адреса для направления корреспонденции:**_____ _____ _____ **Адрес электронной почты:**_____ **Номер телефона:** _____ **Данные документа, удостоверяющего личность:**_____ _____ _____ _____ **Подпись** _____/_____**ФИО**_____/