

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница» (далее - Исполнитель) уведомляет Потребителя:

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в установленный срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (подпись) (Ф.И.О.)  
**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**  
**ГОБУЗ «КАНДАЛАКШСКАЯ ЦРБ»**

г. Кандалакша

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница» (бессрочная выписка из реестра лицензии № Л041-01163-51/00362748 от 06.04.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский, д. 1), Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 51 № 001874221, выдано 01.07.2014 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Мурманской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава с одной стороны, и

		ФИО «Потребителя»			
паспорт	серия	№	выдан	«	»
кем выдан:				20	года

Проживающий:

телефон:

e-mail:

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Потребитель по личному желанию поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг, в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, в объеме, в порядке и на условиях, определяемых настоящим Договором.

1.2. Объем предоставляемых услуг по настоящему Договору определяется желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Наименование и стоимость оказываемых медицинских услуг, определены в смете, которая является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1 к Договору).

1.3. Потребитель обязан оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

1.4. Заключая настоящий Договор, Потребитель проинформирован:

- что Потребитель, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на бесплатную медицинскую помощь (услуги) согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации и может реализовать это право в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в установленном порядке.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 (подпись) (Ф.И.О.)

1.5. В момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с перечнем услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования, что подтверждается личной подписью Потребителя в разделе 8 настоящего Договора.

1.6. Медицинские услуги предоставляются в следующих условиях: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно (нужное подчеркнуть).

1.7. Медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются в помещениях Исполнителя расположенных по адресам: г. Кандалакша, ул. Первомайская, д.50а  
г. Кандалакша, ул. Горького, д.20а  
г. Кандалакша, ул. Чкалова, д.61  
г. Кандалакша, ул. Аэронавтов, д. 2  
пгт Умба Терского района, ул. Беломорская 23  
пгт Зеленоборский Кандалакшского района, ул. Магистральная д.30

1.8. Срок предоставления услуг с момента подписания настоящего договора до полного его исполнения обеими сторонами.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

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

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

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

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.1.3. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.4. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.1.5. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу.

2.1.6. Предоставить для ознакомления по требованию Потребителя копию учредительного документа медицинской организации, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня услуг.

2.1.7. Использовать разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, лечебное питание, медицинские изделия, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, медицинское оборудование.

2.1.8. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.9. Предупредить Потребителя (Заказчика) о возможности предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, если их выполнение требуется для исполнения настоящего договора, а также о возможности предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (при внезапных ситуациях) без взимания платы.

2.1.10. Выдать Потребителю контрольно-кассовый чек, или иной бланк строгой отчетности (установленного образца), подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

2.1.11. Выдать Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

2.2. Потребитель обязан:

2.2.1. Информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях и иных факторах, которые могут затруднить или сделать невозможным оказание медицинской услуги по настоящему Договору.

2.2.2. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом.

2.2.3. Своевременно и четко выполнять указания и требования врача.

2.2.4. Соблюдать режим, установленный для пациентов Исполнителем, являться на прием к Исполнителю в установленное им время.

2.2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц, его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.2.6. Явиться в медицинское учреждение за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств по просьбе Потребителя (Законного представителя).

2.3.2. Требовать от Потребителя предоставления всех необходимых сведений для обеспечения предоставления качественных медицинских услуг.

2.3.3. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка медицинской организации, в том числе явки на прием в назначенное время. При опоздании на прием к Исполнителю более чем на десять минут Потребитель ожидает приема в порядке общей очереди.

2.3.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

2.3.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Потребителя.

2.3.6. Отказать в исполнении обязательств по настоящему Договору в случае неполучения от Потребителя добровольного информированного согласия на оказание услуги, невыполнения Потребителем своих обязательств, предусмотренных пунктом 2.2. настоящего Договора, по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

2.3.7. Требовать от Потребителя выполнение им всех требований врача.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Ознакомиться с информацией о предоставляемой платной медицинской услуге.

2.4.2. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя оказывать платную медицинскую услугу, предусмотренную настоящим Договором.

2.4.3. Требовать возмещения ущерба, возникшего в случае ненадлежащего осуществления Исполнителем медицинской услуги.

2.4.4. Получить полную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.5. Ознакомиться с Положением об оказании платных медицинских и прочих услуг ГБУЗ «Кандалакшской ЦРБ», Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя.

2.4.6. Отказаться от медицинской услуги или потребовать ее прекращения, возместив Исполнителю все понесенные им расходы.

2.4.7. Воспользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п.1.2. соответствует прейскуранту Исполнителя и составляет

---

Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://kandalaksha-crb.zdrav51.ru/>.

3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в размере стоимости, указанной п.3.1. настоящего Договора, непосредственно в кассе Исполнителя наличными или с помощью терминала не позднее момента исполнения своих обязательств Исполнителем ГБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», указанного п.1.2. настоящего Договора.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие действия непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей по настоящему Договору или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

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

## 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного Соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания Соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор Потребитель заключил, действуя на основе добровольной инициативы, осознанно, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрав порядок предоставления услуг, установленный настоящим Договором.

6.2. Потребителю была предоставлена возможность задать вопросы, на которые он получил исчерпывающие ответы.

6.3. На сайте Исполнителя <https://kandalaksha-crb.zdrav51.ru/> и информационных стендах Исполнителя размещены действующий Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Мурманской области, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Закон РФ от 07.02.1992 №23001-1 «О защите прав потребителей».

6.4. Споры и разногласия между Сторонами разрешаются путем претензии, которая рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней.

6.5. Если по результатам переговоров Стороны не придут к Соглашению, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Стороны допускают при заключении настоящего Договора воспроизведение подписи Исполнителя путем использования факсимиле.

6.7 Приложение к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

## 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница»

Юр. и почтовый адрес: 184046, г.Кандалакша, ул. Чкалова, д.61

Тел. (81533) 9-59-43, факс (81533) 9-54-39

ИНН 5102007438 КПП 510201001

ОГРН 1145102000372 ОКПО 16684868

Министерство финансов Мурманской области (ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»)

л/с 20496Щ46450

р/сч. 03224643470000004900

ОТДЕЛЕНИЕ МУРМАНСК БАНКА РОССИИ/УФК

по Мурманской области г.Мурманск

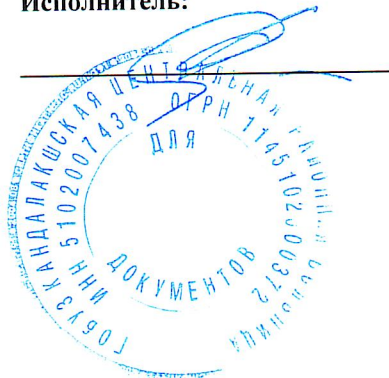
БИК 014705901

Ед.казн.счет 40102810745370000041

### ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О. Потребителя)

Исполнитель:



Подписи сторон:

Потребитель:

СМЕТА  
на оказание платных медицинских услуг

№	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость (руб)	Примечание
1				

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница»  
Юр. и почтовый адрес: 184046, г. Кандалакша, ул. Чкалова, д.61  
Тел. (81533) 9-59-43, факс (81533) 9-54-39  
ИНН 5102007438 КПП 510201001  
ОГРН 1145102000372 ОКПО 16684868  
Исполнитель:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя)

\_\_\_\_\_  
Должность                      ФИО  
\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
подпись

Медицинские услуги, согласно Смете на оказание платных медицинских услуг выполнены в полном объёме и надлежащем качестве:

\_\_\_\_\_  
Подпись                      расшифровка подписи                      дата

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_,

контактный телефон \_\_\_\_\_; дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая)

по адресу: \_\_\_\_\_

обратившись в ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» (адрес: \_\_\_\_\_)  
за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации (поставить галочку):

- для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-перечень);
- для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Работник \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата оформления

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ БЫТОВЫХ / СЕРВИСНЫХ УСЛУГ №  
ГБОУЗ «КАНДАЛАКШСКАЯ ЦРБ»**

г. Кандалакша

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница» (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 51 № 001874221, выдано 01.07.2014 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Мурманской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Пряхиной Марии Сергеевны, действующего на основании Устава с одной стороны и

*ФИО «Потребителя»*

паспорт                      серия                      №                      выдан                      «                      »                      20                      года  
кем выдан:

Проживающий:

телефон:

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать в \_\_\_\_\_ (наименование отделения)

ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ» сервисные услуги (далее - услуги) в объеме, в порядке и на условиях, определяемых настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Объем предоставляемых услуг по настоящему Договору определяется желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Наименование и стоимость оказываемых услуг, определены в смете, которая является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1 к Договору).

1.3. Потребитель обязан оплатить оказанные Исполнителем услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

1.4. В момент подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), Прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на услуги, что подтверждается личной подписью Заказчика в разделе 8 настоящего Договора.

1.7. Медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются в помещениях Исполнителя расположенных по адресу: г. Кандалакша, ул. Чкалова, д.61

1.8. Срок предоставления услуг с момента подписания настоящего договора до полного его исполнения обеими сторонами.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать услуги с использованием своих материалов и/или материалов, предоставленных Заказчиком собственными силами и средствами.

2.1.2. Обеспечить по требованию Заказчика доступной и достоверной информацией о предоставляемой услуге.

2.1.3. Выдать Потребителю контрольно-кассовый чек, или иной бланк строгой отчетности (установленного образца), подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг.

2.1.4. Гарантировать своевременность, полноту и качество предоставляемых услуг.

2.1.5. Предупреждать Заказчика о событиях или обстоятельствах, которые могут негативно повлиять на качество услуг.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом.

2.2.2. Проверять качество оказываемых Исполнителем услуг, не вмешиваясь в его деятельность.

2.2.3. Ознакомиться с Порядком предоставления услуг в ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ» и прейскурантом.

2.2.4. Соблюдать режим медицинской организации.

2.2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Требовать от Заказчика соблюдения им режима, установленного для пациентов.

2.3.2. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанной услуги в соответствии с прейскурантом и настоящим Договором.

2.3.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае невыполнения Заказчиком своих обязательств, предусмотренных разделом 2.2. настоящего Договора, по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Знакомиться с информацией о предоставляемой платной услуге.

2.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя оказывать платную услугу, предусмотренную настоящим Договором.

2.4.3. Отказаться от услуги или потребовать ее прекращения, возместив Исполнителю все понесенные им расходы.

2.4.4. Воспользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ и ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг, указанных в п.1.2, соответствует прейскуранту Исполнителя и составляет

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в наличной форме в размере стоимости, указанной в п.3.1. настоящего Договора, непосредственно в кассе Исполнителя наличными или посредством банковского терминала, не позднее момента исполнения своих обязательств Исполнителем и получения Заказчиком соответствующих документов.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие действия непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей по настоящему Договору или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

### 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного Соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания Соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

### 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор Заказчик заключил, действуя на основе добровольной инициативы, осознанно, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрав порядок предоставления услуг, установленный настоящим Договором.

6.2. Заказчику была предоставлена возможность задать вопросы, на которые он получил исчерпывающие ответы.

6.3. Заказчик ознакомлен с прейскурантом на платные услуги.

6.4. Споры и разногласия между Сторонами разрешаются путем переговоров с привлечением независимой экспертизы. До обращения в суд обязательно предъявление претензии, которая рассматривается Исполнителем в течение 10 дней.

6.5. Если по результатам переговоров Стороны не придут к соглашению, споры разрешаются в судебном порядке в суде по месту нахождения Исполнителя.

6.6. Стороны допускают при заключении настоящего Договора воспроизведение подписи Исполнителя путем использования факсимиле.

6.7. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. По одному экземпляру для каждой из Сторон.

### 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

### 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница»  
Юр. и почтовый адрес: 184046, г.Кандалакша, ул. Чкалова, д.61

Тел. (81533) 9-59-43, факс (81533) 9-54-39

ИНН 5102007438 КПП 510201001

ОГРН 1145102000372 ОКПО 16684868

Министерство финансов Мурманской области (ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»)

л/с 20496Щ46450

р/сч. 03224643470000004900

ОТДЕЛЕНИЕ МУРМАНСК БАНКА РОССИИ/УФК по Мурманской области г.Мурманск

БИК 014705901

Ед.казн.счет 40102810745370000041

#### ПОТРЕБИТЕЛЬ

(Ф.И.О. Потребителя)

Исполнитель:

М.С.Пряхина

Подписи сторон:

Потребитель:







**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ БЫТОВЫХ / СЕРВИСНЫХ УСЛУГ № ПАО-\_\_\_\_\_**  
**ГБОУЗ «КАНДАЛАКШСКАЯ ЦРБ»**

г. Кандалакша

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница» (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 51 № 001874221, выдано 01.07.2014 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Мурманской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющей обязанности главного врача Пряхиной Марии Сергеевны, действующего на основании Устава с одной стороны. и

*ФИО «Потребителя»*

паспорт                      серия                      №                      выдан                      «                      »                      20                      года

кем выдан:

Проживающий:

телефон:

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать в патологоанатомическом отделении ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ» бытовые услуги (далее - услуги) в отношении тела умершего

*(Ф.И.О. умершего)*

в объеме, в порядке и на условиях, определяемых настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Объем предоставляемых услуг по настоящему Договору определяется желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Наименование и стоимость оказываемых услуг, определены в смете, которая является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1 к Договору).

1.3. Потребитель обязан оплатить оказанные Исполнителем услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

1.4. В момент подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), Прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на услуги, что подтверждается личной подписью Заказчика в разделе 8 настоящего Договора.

1.7. Медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются в помещениях Исполнителя расположенных по адресу: г. Кандалакша, ул. Чкалова, д.61

1.8. Срок предоставления услуг с момента подписания настоящего договора до полного его исполнения обеими сторонами.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Своевременно и надлежащим образом оказывать услуги с использованием своих материалов и/или материалов, предоставленных Заказчиком собственными силами и средствами.

2.1.2. Обеспечить по требованию Заказчика доступной и достоверной информацией о предоставляемой услуге.

2.1.3. Выдать Потребителю контрольно-кассовый чек, или иной бланк строгой отчетности (установленного образца), подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг.

2.1.4. Гарантировать своевременность, полноту и качество предоставляемых услуг.

2.1.5. Предупреждать Заказчика о событиях или обстоятельствах, которые могут негативно повлиять на качество услуг.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом.

2.2.2. Проверять ход и качество оказываемых Исполнителем услуг, не вмешиваясь в его деятельность.

2.2.3. Ознакомиться с Порядком предоставления услуг в патологоанатомическом отделении ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ» и прейскурантом.

2.2.4. Соблюдать режим учреждения по посещению медицинской организации.

2.2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Требовать от Заказчика соблюдения им режима, установленного для посетителей.

2.3.2. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанной услуги в соответствии с прейскурантом и настоящим Договором.

2.3.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае невыполнения Заказчиком своих обязательств, предусмотренных разделом 2.2. настоящего Договора, по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Знакомиться с информацией о предоставляемой платной услуге.

2.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя оказывать платную услугу, предусмотренную настоящим Договором.

2.4.3. Отказаться от услуги или потребовать ее прекращения, возместив Исполнителю все понесенные им расходы.

2.4.4. Воспользоваться иными правами, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ и ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг, указанных в п.1.2. соответствует прейскуранту Исполнителя и составляет

Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://kandalaksha-crb.zdrav51.ru/>.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в наличной форме в размере стоимости, указанной в п.3.1. настоящего Договора, непосредственно в кассе Исполнителя, не позднее момента исполнения своих обязательств Исполнителем и получения Заказчиком соответствующих документов.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие действия непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей по настоящему Договору или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

### 5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного Соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания Соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

### 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор Заказчик заключил, действуя на основе добровольной инициативы, осознанно, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрав порядок предоставления услуг, установленный настоящим Договором.

6.2. Заказчику была предоставлена возможность задать вопросы, на которые он получил исчерпывающие ответы.

6.3. Заказчик ознакомлен с прейскурантом на платные услуги.

6.4. Споры и разногласия между Сторонами разрешаются путем переговоров с привлечением независимой экспертизы. До обращения в суд обязательно предъявление претензии, которая рассматривается Исполнителем в течение 10 дней.

6.5. Если по результатам переговоров Стороны не придут к соглашению, споры разрешаются в судебном порядке в суде по месту нахождения Исполнителя.

6.6. Стороны допускают при заключении настоящего Договора воспроизведение подписи Исполнителя путем использования факсимиле.

6.7. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. По одному экземпляру для каждой из Сторон.

### 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

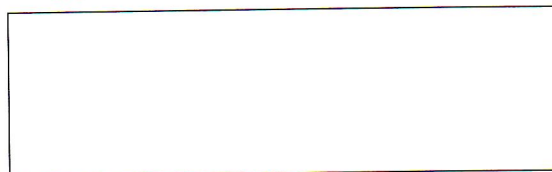
7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

### 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Кандалакшская центральная районная больница»  
Юр. и почтовый адрес: 184046, г.Кандалакша, ул. Чкалова, д.61  
Тел. (81533) 9-59-43, факс (81533) 9-54-39  
ИНН 5102007438 КПП 510201001  
ОГРН 1145102000372 ОКПО 16684868  
Министерство финансов Мурманской области (ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ»)  
л/с 20496Щ46450  
р/сч. 03224643470000004900  
ОТДЕЛЕНИЕ МУРМАНСК БАНКА РОССИИ//УФК по Мурманской области г.Мурманск  
БИК 014705901  
Ед.казн.счет 40102810745370000041

#### ПОТРЕБИТЕЛЬ



(Ф.И.О. Потребителя)

Исполнитель



М.С.Пряхина

Подписи сторон:

Потребитель:

