

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**возмездного оказания услуг**

**Санкт-Петербург**

Дата : \_\_\_\_\_ г.

СПб ГБУЗ "Городская больница № 40", именуемое в дальнейшем "ИСПОЛНИТЕЛЬ", ОГРН 1027812401594 от 01.07.2013 года, зарегистрирована в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы №17 по Санкт-Петербургу в ЕГРЮЛ 05.05.2012 за государственным регистрационным номером 6127847849321. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ г., выдана Санкт-Петербургским комитетом по здравоохранению, в лице В лице начальника отдела платных услуг Богданова А.Н., действующего на основании Доверенности, с одной стороны и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "ЗАКАЗЧИК", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя обязательства оказать ЗАКАЗЧИКУ по его желанию сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 201\_\_ г. следующие услуги:

Наименование услуги	Отделение/ Ответственный	Сроки исполнения	Стоимость	Кол- во	Сумма
<b>Итого:</b>					

1.2. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить услуги в порядке и на условиях, предусмотренных в настоящем Договоре.

1.3. ЗАКАЗЧИК действует в интересах ПАЦИЕНТА \_\_\_\_\_, который является непосредственным потребителем предоставляемых услуг.

**2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.**

2.1. ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ) информирован о Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга на 201\_\_ г. и ознакомлен с подборкой документов («Папка пациента»), законодательно закрепляющих его взаимоотношения с лечебным учреждением (ИСПОЛНИТЕЛЕМ).

2.2. ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ) информирован о возможных альтернативных вариантах оказания бесплатной медицинской помощи в Учреждении, а также о том, что данные виды медицинских услуг он может получить бесплатно (исключение – сервисные услуги и услуги, предоставляемые исключительно на платной основе).

**3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1. Стоимость услуг по Договору составляет \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек). НДС не облагается (за исключением немедицинских и сервисных услуг).

3.2. Стоимость услуг определяется в соответствии с прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ на основании калькуляции цен с учетом всех расходов, связанных с их предоставлением.

3.3. Оплата осуществляется в форме предоплаты в размере полной стоимости услуги.

3.4. Окончательный расчет с учетом п.п. 3.3. и 5.1. осуществляется после окончания срока оказания услуги «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по заявлению ЗАКАЗЧИКА.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется :

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

4.1.2. Обеспечить ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА) информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости, а также сведениями о квалификации специалистов.

4.1.3. Довести до ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА) в доступной и понятной форме конкретные условия оказания платных медицинских услуг, информировать о предлагаемых методах обследования и/или лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций.

4.1.4. Предоставить по требованию ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА) Акт выполненных работ.

4.2. ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ) обязуется:

4.2.1. Оплатить предоставляемые медицинские услуги в порядке, определяемом настоящим Договором.

4.2.2. Выполнять требования сотрудников ИСПОЛНИТЕЛЯ, обеспечивающие безопасное и качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых сведений об особенностях состояния организма, способных вызвать осложнения при обследовании и/или лечении.

4.2.3. Вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещения ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также компенсации за причинение морального ущерба в соответствии с действующим законодательством.

4.2.4. Вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о расчете стоимости оказанной услуги.

4.2.5. Вправе требовать оформление Акта выполненных работ.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.**

5.1. В случае сокращения срока лечения и/или невозможности выполнить ПАЦИЕНТУ ту или иную оплаченную ЗАКАЗЧИКОМ услугу по медицинским показаниям или семейным обстоятельствам, переплаченная сумма возвращается ЗАКАЗЧИКУ.

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за возможные негативные последствия невыполнения ПАЦИЕНТОМ п.4.2.2. настоящего Договора.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло не по его вине, а также вследствие действий обстоятельств непреодолимой силы.

5.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за сохранность находящихся в палате имущественных ценностей ПАЦИЕНТА.

5.5. ПАЦИЕНТ обязуется предпринять все возможное для сохранности своего имущества и имущества ИСПОЛНИТЕЛЯ, находящегося в палате.

## 6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами.

6.2. При стационарном лечении - с первого дня госпитализации ПАЦИЕНТА и действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ включительно.

6.3. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны обязуются разрешать путем переговоров, при невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение в судебном порядке.

6.4. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, причем все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ :

ИНН: 7821006774 КПП: 784301001  
СПб ГБУЗ "Городская больница № 40"  
197706, г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, ул.  
Борисова, д. 9  
р/с: 406 018 102 000 030 000 00  
КБК: 855 000 00 00 000 0000 130 ПД 130  
Северо-Западное ГУ Банка России  
к/с:  
МФО:  
тел.: 437-11-00  
факс: 437-35-22

### ЗАКАЗЧИК :

ФИО:  
Адрес:  
Документ:  
Серия:  
Номер:  
Дата выдачи:  
Кем выдан:  
Телефон:

В лице начальника отдела платных услуг

Богданов А.Н. \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.