|  |  |
| --- | --- |
|  | Я уведомлен (-а) о возможности лечения в ОБУЗ «КОМКБ» в общей палате в порядке общей очереди без взимания платы, однако желаю получить платную сервисную услугу по предоставлению палаты повышенной комфортности. Я уведомлен о том, что предоставление палаты повышенной комфортности не является медицинской услугой, и не входит в объем бесплатной помощи, предусмотренной территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ✔ |  | (Ф.И.О., подпись, дата) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | До заключения договора я уведомлен (-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ✔ |  | (Ф.И.О., подпись, дата) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ДОГОВОР № на оказание платных сервисных услуг** |
|  | г. Курск |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "КУРСКАЯ ОБЛАСТНАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА" КОМИТЕТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ (ОБУЗ «КОМКБ»), действующее на основании: Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 28 октября 2021 г., ОГРН 1214600011890; именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Лукашова М. И. с одной стороны и «Потребитель» (ФИО), именуемый в дальнейшем «Пациент», |
|  | дата рождения ; паспортные данные: Паспорт серия номер , выдан  |
|  | адрес места жительства/телефон:  |
|  | **(и/или законный представитель «Пациента»):** |
|  | дата рождения ; паспортные данные: |
|  | адрес места жительства/телефон: |
|  | с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем : |
|  |  |
|  | **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** |
|  | 1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платныx сервисных услуг - пребывание в палате повышенной комфортности. «Пациент» (законный представитель «Пациента») поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» следующие платные сервисные услуги: |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Кодуслуги | Наименование услуги | Количествок/дней | Цена за 1 к/день в соответствии с прейскурантом Исполнителя | Стоимость услуги (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: | руб. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 1.2. Срок оказания сервисных услуг:  |
|  | **2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ** |
|  | 2.1 Стоимость сервисных услуг определяется согласно утвержденному прейскуранту и п.1.1. настоящего договора и составляет ( ) руб. 2.2 Оплата сервисной услуги производится в первый день оказания услуги в виде 100% предоплаты наличными в кассу «Исполнителя» или перечислением на расчетный счет «Исполнителя» » с согласия «Пациента» (Законного представителя) , в размере установленном п.2.1. настоящего Договора. |
|  | **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** |
|  | **3.1. Исполнитель обязуется:** |
|  | 3.1.1. Предоставить палату в соответствии с условиями настоящего договора.3.1.2. Обеспечить «Пациента» (законного представителя «Пациента») бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных сервисных услугах. |
|  | **3.2. Пациент обязуется:** |
|  | 3.2.1 Оплатить предоставленную исполнителем сервисную услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.3.2.2 Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения, другие требования больницы, невыполнение которых влечет за собой невозможность оказания платной сервисной услуги.3.2.3. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. |
|  | **3.3. Исполнитель имеет право:** |
|  | 3.3.1. Получать от «Пациента» (законного представителя «Пациента») любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления «Пациентом» (законным представителем «Пациента») информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации. |
|  | **3.4. «Пациент» имеет право:** |
|  | 3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора. |
|  | **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** |
|  | 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества Исполнителя (в т.ч. постельного белья, сантехнического оборудования, мебели, посуды, хозяйственного инвентаря, элементов интерьера и др.), вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его посещающих, Потребитель возмещает Исполнителю полную стоимость причиненного ущерба. |
|  | **5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ** |
|  | 5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При не достижении согласия споры подлежат рассмотрению в судебном порядке. |
|  | **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** |
|  | 6.1 Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.6.2 Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон, в одностороннем порядке «Пациентом» (Законным представителем) с оплатой Исполнителю фактически понесенных расходов.6.3 Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме. |
|  | **7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** |
|  | 7.1 Стороны договорились, что при подписании Договора, всех последующих изменений и дополнений к Договору, стороны вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи. |
|  | **8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН** |
|  | **"ИСПОЛНИТЕЛЬ"** |  | **"ПАЦИЕНТ"** |
|  | ОБУЗ "КОМКБ"305007 г. Курск, ул. Сумская, 45а ИНН 4632286337 КПП 463201001Комитет финансов Курской области (ОБУЗ «КОМКБ» л/с 20804000670)р/с 03224643380000004401 ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ//УФК по Курской области г. Курск |   |  (Законный представитель «Пациента») |
|  |  |  |  |
|  | **Подписи сторон** |
|  | **От имени Исполнителя:представитель по доверенности** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ✔ |  |  |
|  | подпись |  | расшифровка подписи |  | подпись |  | расшифровка подписи |