**Д О Г О В О Р**

**на оказание платных медицинских услуг**

**«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Федеральное бюджетное учреждение науки «Нижегородский научно – исследовательский институт гигиены и профпатологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора), юридический и почтовый адрес: 603005, г. Нижний Новгород, ул. Семашко, д. 20, ИНН 5260001100, ОГРН 1025203014594, лицензия на осуществление медицинской деятельности: серия ФС-1 №52-01-002460 от 04.06.2014 года, в лице директора института И.А.Умнягиной, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| гражданин |  | | | |
| паспорт | серия |  | № |  |
| выдан |  | | | |
| прописан |  | | | |

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель оказывает Заказчику медицинские услуги

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

Заказчик обязуется оплатить полученные услуги

1. **Права и обязанности сторон**
   1. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги указанные в п. 1.1.

|  |  |
| --- | --- |
| с | по |

Сроки оказания медицинских услуг:

* 1. Исполнитель обязуется обеспечить соответствие представляемых платных медицинских услуг общепринятым в медицинской практике методикам, разрешенным на территории Российской Федерации.
  2. Исполнитель обязуется обеспечить Заказчика необходимой достоверной информацией по оказанию платных медицинских услуг.
  3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Заказчика в рамках конституционно установленного порядка.
  4. Заказчик обязуется оплатить Исполнителю за фактически оказанные медицинские услуги по ценам согласно утвержденному прейскуранту и получить квалифицированные медицинские услуги.
  5. Заказчик имеет право отказаться от получения услуги до момента начала ее оказания и получить уплаченную сумму с возмещением исполнителю затрат связанных с подготовкой оказания услуги.

1. **Стоимость договора и порядок оплаты**
   1. Общая сумма договора составляет:

|  |
| --- |
|  |

* 1. Расчет за фактически оказанные медицинские услуги производится путем оплаты в кассу института, возможна предоплата 100%.
  2. В случае непредвиденного отказа Заказчика от получения медицинских услуг, Исполнитель возвращает Заказчику уплаченную сумму за вычетом услуг регистрации и оказанных медицинских услуг на основании личного заявления Заказчика.
  3. Оказание медицинских услуг стороны подтверждают Актом об оказанных медицинских услугах.

1. **Прочие условия**
   1. Все неурегулированные вопросы между сторонами рассматриваются и разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.
   2. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, повлекших неоказание медицинских услуг, ответственность Исполнитель не несет.
2. **Информированное согласие Заказчика**

Я, Заказчик

|  |
| --- |
|  |

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить эти услуги во ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора, при этом мне разъяснено и мною осознана информация о возможности и условиях предоставления мне медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи. Даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1. **Срок действия договора**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств по договору.
2. **Подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **ФБУН «ННИИ ГП» Роспотребнадзора**  **603950, г.Нижний Новгород**  **ул.Семашко, 20**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Умнягина** |  |
|  |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  **подпись расшифровка подписи** |

**А К Т**

**о б о к а з а н и и м е д и ц и н с к и х у с л у г**

**по договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Мы нижеподписавшиеся, Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и от лица Исполнителя директор ФБУН «ННИИГП» Роспотребнадзора И.А.Умнягина составили настоящий акт по договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,о том, что платные медицинские услуги оказаны в полном объеме:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Стоимость оказанных медицинских услуг составляет:

|  |
| --- |
|  |

Вышеуказанные услуги оказаны полностью и в срок.

Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **ФБУН «ННИИ ГП» Роспотребнадзора**  **603950, г.Нижний Новгород**  **ул.Семашко, 20**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Умнягина** |  |
|  |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  **подпись расшифровка подписи** |