

**ДОГОВОР
оказания платных медицинских услуг (амбулаторно)**

Московская область, г. _____ « ____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ МО МОКНД), действующее на основании Лицензии № ЛО-50-01-012519 от 08.12.2020г., выданной Министерством здравоохранения Московской области, ОГРН 1195081097331 запись в Единый государственный реестр юридических лиц внесена Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 23 по Московской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице заведующего филиалом №__ ГБУЗ МО МОКНД _____, действующего на основании Доверенности №__ от «__» _____ 2019 года, с одной стороны, и гражданин _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать, а Пациент обязуется оплатить следующие услуги:

- медицинское (наркологическое) освидетельствование врачом психиатром-наркологом с выдачей Заключения;
- химико-токсикологические исследования наличия в организме человека 10 групп наркотических средств;
- определение маркера злоупотребления алкоголем (CDT);
- предрейсовый (послерейсовый) медицинский осмотр;
- _____
- _____

1.2. Медицинские услуги по настоящему Договору оказываются в помещении Филиала № ____ Исполнителя, по адресу: _____ в часы работы Филиала.

1.3. Срок действия настоящего Договора устанавливается с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г.

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Общая стоимость медицинских услуг согласно Прейскуранту, составляет _____ (_____) рублей _____ копеек.

2.2. Оплата производится путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя или путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3. Права и обязанности сторон

3.1. **Исполнитель обязан:** предоставить Пациенту достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах; квалифицированно и качественно с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования оказать Пациенту медицинскую услугу после получения подтверждения об оплате стоимости услуги.

3.2. **Пациент обязан:** информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; оплатить стоимость услуг до начала их исполнения; точно выполнять назначения врача; предоставить _____

Исполнителю в письменном виде свое добровольное информированное согласие на получение медицинской услуги, согласие на обработку своих персональных данных.

3.4. **Пациент имеет право:** на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге; на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги; отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

3.5. **Исполнитель имеет право:** требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг; требовать от Пациента своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг; отказаться от исполнения договора, если Пациент нарушил свои обязанности, изложенные в п 3.2 настоящего договора.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Прочие условия

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

5.2. Возврат денежных средств осуществляется по безналичному расчету или через кассу на основании письменного заявления. путем перечисления денежных средств по реквизитам, указанным Пациентом.

5.3. Споры и разногласия в случае неразрешения их путем переговоров решаются в судебном порядке.

5.4. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу.

6. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ГБУЗ МО МОКНД

Пациент

<p>ГБУЗ МО МОКНД 141069, Московская область, г. Королёв, мкр. Первомайский, ул. Первомайская, д. 19а ИНН 5018202624 КПП 501801001 ОКПО 42761121 ОГРН 1195081097331 МЭФ Московской области (л/с 20825Е50040 ГБУЗ МО МОКНД) р/с 03224643460000004800 единый казначейский счет (указывается в поле кор. счета) 40102810845370000004 ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ г. Москва БИК 004525987 e-mail:knd_buh@mail.ru</p>	
---	--

7. Подписи сторон

(подпись) Ф.И.О.

(подпись) Ф.И.О.