

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (ИНЦХТ) **УТВЕРЖДАЮ**  
Врио директора ИНЦХТ \_\_\_\_\_ Сороковиков В.А.  
27.01.2016 г.

**Договор на оказание платных медицинских услуг в консультативно-диагностическом отделении**

г. Иркутск № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Иркутский научный центр хирургии и травматологии» (ИНЦХТ), (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц выдано инспекцией МНС по Свердловскому округу г. Иркутска и Иркутской области 23.06.1998 г.; ОГРН 1023801755526; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-38-01-001766 от 23 марта 2015 г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения), в лице директора \_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, именуемый **Исполнитель**, с одной стороны и **Потребитель/Законный представитель потребителя/Заказчик** (нужное подчеркнуть), с другой стороны:

Ф.И.О. (или наименование юридического лица) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места нахождения юридического лица) \_\_\_\_\_

Номер паспорта (или ОГРН) \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**заключили договор на оказание платных медицинских услуг**

**Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, их стоимость и срок исполнения**

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Срок предоставления медицинской услуги	Стоимость медицинской услуги, руб.

**Условия предоставления платных медицинских услуг**

1. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности/невозможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Подписав настоящий договор, Потребитель добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3. Потребитель уведомлён, что по поводу имеющегося у него заболевания он может получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подписанием договора он подтверждает своё согласие на получение указанной медицинской услуги в учреждении Исполнителя.

4. Фактом, подтверждающим выполнение Исполнителем обязательств по договору и оказание медицинской услуги, является выдача Потребителю медицинских документов (копий медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы Исполнителя.

6. Пациент дает исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, предусмотренными Федеральным законом № 152-ФЗ "О персональных данных", для целей исполнения Исполнителем обязательств по договору.

#### **Ответственность сторон**

Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

#### **Подписи сторон**

**Исполнитель**

ИНЦХТ

664003 г. Иркутск ул. Борцов Революции,  
д. 1

\_\_\_\_\_ (Директор)

**Потребитель**

МП

Главный врач клиники \_\_\_\_\_ (О.М. Черникова)

Лицензирующий орган – Управление Росздравнадзора по Иркутской области, г. Иркутск, ул. Горького, 36.