ДОГОВОР №

возмездного оказания медицинских услуг

(медико-социальной помощи ребенку-инвалиду, находящемуся под паллиативным наблюдением)

г. Минск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Бомберовой Людмилы Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, действующий как законный представитель на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(паспорта, вида на жительства, удостоверения беженца, свидетельства о рождении, доверенность, удостоверение на право представления интересов подопечного, решение местного исполнительного и распорядительного органа об установлении опеки и др.) №, дата , кем выдан)

в интересах несовершеннолетнего (ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

удостоверение ребенка-инвалида № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (кем, когда)

именуемого в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. 1.Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги в виде медико-социальной помощи (далее – медицинские услуги) Пациенту в государственном учреждении «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям» (далее Центр), а Заказчик обязуется оплатить их в размере и порядке установленными настоящим Договором.

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с Положением об оказании медико-социальная помощи в Центре с учетом назначений врачей специалистов.

1.3. Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

**2.1**.**Исполнитель обязан:**

2.1.1обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг, стоимости и условиях оплаты, квалификации медицинских работников (врачей специалистов), режиме работы Центра, иной необходимой информацией.

2.1.2.знакомить Пациента (по возможности), Заказчика и других физических лиц, посещающих Пациента с Правилами внутреннего распорядка в Центре;

2.1.3.оказать медицинские услуги Пациенту, предусмотренные подпунктом 1.1.-1.2. пункта 1. настоящего Договора.

2.1.5.не разглашать конфиденциальную информацию Пациента.

2.1.6. информировать своевременно Заказчика об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение договора;

2.1.6.оформить при выписке пациента в установленном порядке в 2-х экземплярах эпикриз;

2.1.7.выдать первый экземпляр эпикриза Заказчику;

2.1.8.направить второй экземпляр эпикриза в учреждение здравоохранения по месту жительства (пребывания) Пациента.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1.получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации;

2.2.2.сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами;

2.2.4.сообщать необходимые данные о состоянии здоровья Пациента в установленном законодательством порядке.

**2.3.Заказчик обязан:**

2.3.1.оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с положениями раздела 3 настоящего Договора.

2.3.2.предоставить Исполнителю необходимые документы и информацию для оказания услуг (сведения о состоянии здоровья Пациента, аллергических реакциях на лекарственные средства и т.д.), которые могут повлиять на ход выполненных медицинских услуг;

2.3.3.обеспечить соблюдение Пациентом, Заказчиком и другими физическими лицами, посещающими Пациента, Правил внутреннего распорядка в Центре;

2.3.4.обеспечить Пациента самостоятельно за свой счет на весь период оказания медицинских услуг:

личными вещами в соответствии с потребностями;

лекарственными средствами, назначенными на постоянной основе, в заводской упаковке с маркировкой;

лечебным индивидуальным диетическим питанием, назначенным на постоянной основе;

предметами и средствами ухода (памперсы, влажные салфетки, детская косметика по уходу за кожей), а также игрушками и др.

2.3.5. своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение настоящего договора.

**2.4 Заказчик имеет право:**

2.4.1. получать информацию от Исполнителя о состоянии Пациента;

2.4.2. получить от Исполнителя эпикриз Пациента;

III. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1.Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей (выбрать и подчеркнуть):

а) исходя из размера 80% от назначенной Пациенту ежемесячно пенсии пропорционально количеству дней пребывания в Центре;

б) в размере, установленном прейскурантами Центра, рассчитанными в соответствии с законодательством.

3.2. Оплата за оказанные услуги производится Заказчиком по соглашению сторон (выбрать и подчеркнуть)

а) в порядке 100% предварительной оплаты;

 б) по факту оказания услуг, в день подписания сторонами акта оказанных услуг.

3.3.Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.4.В случае неоказания, ненадлежащего оказания услуг Исполнитель возвращает Законному представителю не оспариваемую сумму в течение тридцати календарных дней с момента предъявления требования Заказчиком.

IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам оказания медицинских услуг, разрешенным на территории Республики Беларусь, а так же в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2.При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору:

 - назначить новый срок оказания услуги Пациенту;

 - расторгнуть настоящий Договор.

4.3. Нарушение Исполнителем установленных настоящим Договором сроков оказания медицинских услуг сопровождается выплатой Заказчику неустойки в размере 0,1 %, от стоимости услуг за каждый день просрочки по требованию.

4.4.Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренных законом.

 Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерено отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее пяти дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

V. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1.Стороны будут стремиться к разрешению всех возможных споров и разногласий, которые могут возникнуть по Договору или в связи с его исполнением, путем переговоров.

5.2.Споры, не урегулированные путем переговоров, передаются на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Беларусь.

VI. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1.Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

VII. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор может быть расторгнут досрочно по:

 соглашению сторон;

 требованию Заказчика;

 требованию Исполнителя в случае:

 острого заболевания Пациента;

 наличия отрицательной реакции пациента на пребывание в Центре (нарушение периода адаптации) в течение 3-х календарных дней;

 грубого нарушения Заказчиком и другими физическими лицами,

 посещающими Пациента, правил внутреннего распорядка для

 пациентов Центра.

7.2.При досрочном расторжении договора Исполнитель в течение 30 календарных дней производит перерасчет стоимость медицинских услуг с учетом фактического пребывания Пациента в Центре и возврат Заказчику излишне уплаченной суммы.

7.3.Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

7.4.Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, которые имеют одинаковую юридическую силу.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**Государственное учреждение «Республиканский клинический центр паллиативной медицинской помощи детям»223053, Минская область, Минский район, Боровлянский с/с, 71, р-н пос.ОпытныйР/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_Адрес банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_УНП \_\_\_\_\_\_\_\_, ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел/факс: ( 017) 503 57 32Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.А.Бомберова  | **Заказчик**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Паспорт серии № (иной документ, удостоверяющий личность)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(кем,когда)Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** подпись Ф.И.О |