**ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

**г. Магнитогорск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной наркологический диспансер»,** в лице И.о. главного врача Ефименко Галины Витальевны, действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Челябинской области № 615 л от 08.10.2024г., Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», Лицензии на осуществление Медицинской деятельности: при проведении медицинских осмотров, регистрационный номер лицензии: Л041-01024-74/00341544 от 05.07.2016г., срок действия лицензии: бессрочно (выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, г. Челябинск, ул. Кирова, д.165, тел. 8 (351) 242-2222), Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц № 1027402171741, серия 74 № 005729787, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Челябинской области от 23.11.2011г., сайт [www.ond-mgn74.ru](http://www.ond-mgn74.ru), эл. почта narcolog.mgn@mail.ru., именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»,** заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Согласно договора возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется оказать услуги по предварительному и периодическому медицинскому осмотру врачом-психиатром-наркологом, указанные в п.1.2. настоящего договора, а Заказчик обязуется оплатить нижеуказанные услуги.

1.2 Наименование услуги:

***- «Профилактический прием (осмотр, консультация) врача психиатра-нарколога (код услуги В04.036.002)».***

1.3. Срок оказания услуг: с момента подписания договора и до 30.12.2024г.

1.4. Для оказания услуг, Заказчику, при заключении договора, необходимо предоставить график прохождения профилактического осмотра, а за 1 месяц до начала оказания услуг предоставить список сотрудников, подлежащих профилактическому осмотру с указанием Ф.И.О. (полностью), даты рождения, адрес (место прописки), графой с подписями Потребителя об ознакомлении с порядком и условиями предоставления медицинской услуги по договору и чистой графой для отметок сотрудников Исполнителя, который заверяется печатью и подписью должностных лиц. Списки предоставлять на бумажном носителе, в алфавитном порядке, напечатан шрифтом 12, читабелен (в каб.8), а также в электронном варианте, направлять по адресу: [tvm.ond@mail.ru](mailto:tvm.ond@mail.ru).

1.5. Получателем платных медицинских услуг по настоящему договору является Потребитель, в пользу которого приобретает платные медицинские услуги Заказчик.

1.6. Предварительный медицинский осмотр при приеме на работу осуществляется согласно направлению на медицинскую комиссию, выданному работнику Заказчиком.

1.7. Место проведения медицинского осмотра врачом-психиатром-наркологом осуществляется по адресу:

- ул. Кирова, д. 99 (часы приема с 8.00ч. до 15.30ч., обед с 11.30ч. до 12.00ч, в рабочие дни);

- пр. Пушкина, д. 4 (часы приема с 8.00ч. до 15.30ч., обед с 11.30ч. до 12.00ч., в рабочие дни);

- ул. Фадеева, д. 22 (часы приема с 8.00ч. до 15.30ч., обед с 12.00ч. до 12.30ч., в рабочие дни).

1.8. Платная медицинская услуга предоставляется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и добровольного согласия на обработку персональных данных Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.9. Платная медицинская услуга соответствует [номенклатуре](https://internet.garant.ru/document/redirect/71805302/1000) медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.10. Платная медицинская услуга оказывается в день обращения Потребителя, на основании предоставленных документов, указанных в п. 1.4. настоящего договора, в период, указанный в п. 1.3. настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Оказать услугу в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. N 29н, с надлежащим качеством, в полном объеме и в срок, указанный в п. 1.10. настоящего договора.

2.1.2. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуги по настоящему договору.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1. Оплатить услугу до 20 числа месяца, следующего за отчетным.

2.2.2. Получить счет и акт оказанных услуг в бухгалтерии Исполнителя на оплату не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным.

2.2.3. В случае неисполнения условий договора пп. 1.4., 2.2.1 и 2.2.2. оказание услуги приостанавливается.

**2.3. Заказчик (Потребитель) вправе:**

2.3.1. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), включая сведения о результатах обследования без взимания дополнительной платы.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Заказчик оплачивает услуги, оказываемые Исполнителем в соответствии с фактическим объемом и договорной ценой на услуги. Цена за одну услугу составляет **400,00 (четыреста) руб.,** НДС не предусмотрен. Цена услуги определяется Прейскурантом цен Исполнителя, действующим на момент оказания услуг. Цена услуги не является фиксированной и может изменяться. Информацию о действующих ценах на оказание услуги по Прейскуранту цен, Заказчик может получить по адресу: г. Магнитогорск, ул. Фадеева д. 22, 26а кабинет.

3.2. Расчет за оказанную услугу производится путем внесения Заказчиком денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Исполнитель приступает к выполнению обязательств по настоящему договору в срок, указанный в п. 1.3. договора.

3.4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору, согласно действующему законодательству РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (Потребителя) в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**5. Заключительные положения**

5.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из сторон.

5.2. Настоящий договор вступает в силу **с момента его подписания и действует до «31» декабря 2024г.**

5.3. Настоящий договор может быть изменен, дополнен, расторгнут на основании действующего законодательства РФ. Все изменения, дополнения совершаются сторонами письменно и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

5.4. Споры, связанные с исполнением настоящего договора, разрешаются путем переговоров сторон, с обязательным соблюдением претензионного порядка. Срок ответа на претензию составляет 5 (пять) рабочих дней. При не достижении согласия спор может быть передан в Арбитражный суд Челябинской области.

**6. Юридические адреса и реквизиты сторон:**

**Исполнитель:**

ГБУЗ «Областной наркологический диспансер»

455007 г. Магнитогорск, ул. Фадеева, 22 тел./факс (3519)24-06-73/24-44-84

ИНН 7445040233, КПП 745501001, ОКПО 32520356, ОКОНХ 91513

Наименование получателя:

Минфин Челябинской области (ГБУЗ «Областной наркологический диспансер»)

Р/счет №03224643750000006900 в ОТДЕЛЕНИЕ ЧЕЛЯБИНСК БАНКА РОССИИ//УФК по Челябинской области г. Челябинск

Кор/счет №40102810645370000062

БИК ТОФК 017501500

В поле «Назначение платежа» указывать: л/счет 20201602215ПЛ

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место нахождения (почтовый адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к/счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. бухгалтерии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подписи сторон:**

**Исполнитель Заказчик**

И.о. главного врача ГБУЗ «Областной

наркологический диспансер»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

Г.В. Ефименко