**Уведомление Пациента**

До заключения договора Исполнитель - Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Родильный дом» в г. Таганроге уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**С данным уведомлением ознакомлен(а)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***подпись дата***

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

***г. Таганрог*** «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Родильный дом» в г. Таганроге (ГБУ РО «РД» в г. Таганроге) ОГРН 1026102595320, ИНН 6154057914, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО–61–01–006750 от 17.10.2018 г., выданной министерством здравоохранения Ростовской области бессрочно, в лице и.о. главного врача Опруженкова Антона Владимировича, действующего на основании Устава и приказа МЗ РО № 33-лк от 19.01.2024 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Сторонами, заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские и немедицинские услуги (далее – Услуги) по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией в объеме и в сроки согласно условиям настоящего Договора, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее - Прейскурант), выполнить все требования Исполнителя (медицинского работника), обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.2. Объем и стоимость оказываемых по настоящему Договору платных медицинских и немедицинских услуг определяется Перечнем услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору).

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, предъявляемыми к услугам соответствующего вида, в том числе к качеству медицинских услуг.

1.4. Оказанию медицинских услуг по настоящему Договору предшествует получение информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение N 1к настоящему Договору).

1.4. Немедицинские услуги (сервисные и иные услуги) предоставляются Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.

1.5. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту Исполнителем, указаны в Приложении №2 к настоящему Договору.

1.6. Оказание медицинских услуг производится по адресу Исполнителя – Ростовская область, г. Таганрог, ул. Фрунзе, 146-а.

**2. Порядок исполнения договора**

2.1. Срок предоставления медицинских услуг с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

2.2. При достижении договоренности об изменении срока оказания медицинских услуг Стороны заключают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг в зависимости от их объема и указывается в Перечне услуг (Приложении №2 к настоящему Договору).

В случае необходимости оказания каких-либо дополнительных медицинских услуг Пациенту такие дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.4. Оказание медицинских услуг согласно Перечню услуг (Приложению №2 к настоящему Договору) осуществляется Исполнителем после полной (100%) оплаты Пациентом (Заказчиком) стоимости услуг в порядке, определенном настоящим Договором, и предоставлении подтверждающих бухгалтерских документов (контрольно-кассового чека, квитанции или иного бланка строгой отчетности).

2.5. Оплата услуги производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо безналичным путем на расчетный счет медицинской организации.

2.6. По окончании оказания медицинских услуг составляется соответствующий Акт об оказании услуг, подписываемый Сторонами (Приложение N 3 к настоящему Договору).

2.7. В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с действующим Прейскурантом и Перечнем услуг Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на Услуги (медицинские и немедицинские): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**3. Права и обязанности Сторон**

**3.1. Медицинская организация (Исполнитель) обязуется:**

3.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) данных о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Предоставить Пациенту информацию, перечисленную в п.п. 12-17, 19, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 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".

3.1.3. Оказывать Пациенту услуги согласно Приложению № 2 к настоящему Договору, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Не разглашать сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну.

3.1.5. При необходимости организовывать (обеспечивать) взаимодействие с иными медицинскими организациями, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Пациента.

3.1.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.7. Предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.8. Информировать Пациента о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**3.2. Медицинская организация (Исполнитель) имеет право:**

3.2.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.2 Требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

3.2.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

**3.3. Пациент обязан:**

3.3.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

3.3.2. Соблюдать нормы закона о режиме (порядке) лечения, предусмотренные действующим законодательством, а также указанные в Правилах внутреннего распорядка конкретной медицинской организации.

3.3.3. Своевременно представлять работникам учреждения здравоохранения, оказывающим медицинскую помощь (услуги), известную ему достоверную информацию о состоянии здоровья для постановки диагноза и лечения заболевания.

3.3.4. Неукоснительно выполнять медицинские предписания (или отказываться от их выполнения) в порядке, предусмотренном законом, не осуществлять самостоятельного лечения, не рекомендованного в связи с оказанием медицинских услуг по данному Договору.

3.3.5. Своевременно информировать медицинских работников об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения, а также в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них.

3.3.6. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

**3.4. Пациент имеет право:**

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п.1.1. настоящего Договора.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги при условии оплаты фактически понесенных им расходов.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению медицинской организацией (Исполнителем) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Спор, возникший между Пациентом и Исполнителем по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения в ходе их проведения обоюдного согласия.

4.4. Стороны настоящего Договора могут быть освобождены от юридической ответственности на основаниях и в порядке, предусмотренных нормами действующего законодательства.

**5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Любые изменения положений настоящего Договора оговариваются Сторонами в письменной форме в форме дополнительных соглашений, подписанных его Сторонами (их уполномоченными представителями).

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, за исключением наступления обстоятельств, указанных в п.п. 5.3, 5.4.

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Пациентом в случае его отказа от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги при условии оплаты фактически понесенных расходов в установленном законодательством порядке.

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменно подтвержденной медицинской организацией реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному Договору либо когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) Пациента или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий в установленном законодательством порядке.

**6. Иные условия**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств (за исключением п.п. 5.3, 5.4.).

6.2. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу (по одному экземпляру для каждой Стороны).

6.3. Стороны обязуются немедленно уведомлять друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

6.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются приложения:

6.4.1. Информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство (Приложение № 1).

6.4.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту (Приложение № 2).

6.4.3. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение N 3).

**8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК)** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ** |
| Ф.И.О**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адрес регистрации  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пациент (Заказчик)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (подпись) | **Государственное бюджетное учреждение**  **Ростовской области «Родильный дом» в г. Таганроге (ГБУ РО «РД» в г. Таганроге)**  Юридический адрес: 347900, Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Ленина, д. 153  Фактический адрес: 347900, Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Ленина, д. 153/ ул. Фрунзе, д.146-а  тел. (8634) 613 - 850  Адрес сайта: rdom-tag.ru  Е-mail: rd-tag-priem@mail.ru  Банковские реквизиты:  УФК по Ростовской области  министерство финансов (ГБУ РО «РД» в г. Таганроге, л/с 20806006520)  ИНН 6154057914, КПП 615401001, ОКАТО 60437000000  Отделение Ростов-на-Дону Банка России //УФК по Ростовской области г. Ростов-на-Дону  Р/сч. 03224643600000005800  Кор/сч 40102810845370000050  БИК 016015102,  ОГРН 1026102595320  **И.о. главного врача**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Опруженков  М.П. |

Настоящим, я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаю, что в установленном порядке до моего сведения доведена информация об Исполнителе и предоставляемых им платных услугах, а именно: - сведения об исполнителе (в том числе наименование и адрес медицинской организации, ОГРН и ИНН); - сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (в том числе о номере и сроке ее действия); - методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи; - перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях; - порядок оказания медицинской помощи и применяемые стандарты медицинской помощи (при наличии), информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; - сведения о медицинском работнике, отвечающем за предоставление медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

Исполнителем мне также предоставлена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, сообщен почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Настоящим, я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаю, что информирован(а) об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам (на территории Ростовской области) медицинской помощи, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских (-ой) услуг(-и) платно, в соответствии с заключенным договором на «оказание добровольных платных медицинских услуг».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Приложение № 1

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Родильный дом» в г. Таганроге.

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Приложение № 2

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

**Перечень оказываемых платных услуг**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Единица измерения | Количество | Цена за ед.  руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ПАЦИЕНТ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  И.о. главного врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Опруженков А.В. |

Приложение № 3

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 г.

**АКТ**

**об оказании услуг**

**Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Родильный дом» в г. Таганроге**, в лице и.о. главного врача Опруженкова Антона Владимировича, действующего на основании Устава и приказа МЗ РО № 33-лк от 19.01.2024 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуемая (-ый) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, составили настоящий Акт в том, что:

В рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Исполнитель оказал надлежащим образом, а Заказчик принял без замечаний (или указать замечания) следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Единица измерения | Количество | Цена за ед.  руб. | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Итого окончательная стоимость по Договору** |  |  |  |  |

Принять к сведению, что Пациентом при заключении Договора № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. произведена оплата в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек.

Подлежит оплате (возврату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_ копеек.

После оплаты (возврата) указанной суммы Пациентом обязательства Сторон по Договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ года считаются полностью и надлежащим образом исполненными. Стороны претензий к друг другу не имеют.

|  |  |
| --- | --- |
| **ПАЦИЕНТ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  И.о. главного врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Опруженков А.В. |