

ДОГОВОР № _____

на предоставление платных услуг

г. Горловка

« _____ » _____ 202 ____ г.

ГОРОДСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА Г. ГОРЛОВКИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Сергуновой Татьяны Валентиновны, действующего на основании Положения (Свидетельство о государственной регистрации № 33144 от 04.03.2015 г., выданное Департаментом государственной регистрации Министерства доходов и сборов ДНР; Лицензия № 011062 от 23.08.21 г., выданная Министерством здравоохранения ДНР на осуществление медицинских осмотров), и «Потребитель» _____

с другой стороны,

(фамилия, имя, отчество)

заключили данный Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, РАЗМЕР И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

1.1. «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» проводит обязательные предварительные и периодические психиатрические освидетельствования, согласно действующему законодательству.

1.2. Размер оплачиваемых услуг устанавливается согласно Калькуляции, утвержденной руководителем учреждения.

1.3. Оплата медицинских услуг производится путем безналичного расчета и/или путем внесения денежных средств непосредственно в кассу учреждения.

1.4. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до

« _____ » _____ 202 ____ г.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Потребители». пользующиеся платными услугами учреждения здравоохранения обязаны:

2.1.1. Предварительно оплатить 100% стоимости предоставляемой услуги;

2.1.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения для «Потребителей»;

2.1.3. Выполнять требования, обеспечивающие качество медицинской услуги, включая предоставление необходимых для этого сведений;

2.1.4. Явиться на обязательные предварительные и периодические психиатрические освидетельствования с документом, удостоверяющим личность, военнообязанным при себе иметь военный билет.

2.2. «Потребители» имеют право:

2.2.1. Предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора;

2.2.2. «Потребитель» имеет право расторгнуть договор, если им обнаружены существенные недостатки, оказанные платной медицинской услугой.

2.3. «Исполнитель» обязан:

2.3.1. Обеспечить предоставление услуг в сроки, установленные данным Договором;

2.4. «Исполнитель» имеет право:

2.4.1. В полном объеме получать оплату за предоставленные услуги;

2.4.2. Получать от «Потребителя» информацию, необходимую для предоставления услуг по данному Договору.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Претензии от «Потребителя» по надлежащему исполнению платной медицинской услуги или о неудовлетворенности оказанной услугой принимаются уполномоченным лицом «Исполнителя» в течение 3 рабочих дней в письменной форме с момента оказания такой услуги.

3.2. Уполномоченное лицо «Исполнителя» обязано в течение 1 рабочего дня рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры.

3.3. Претензии и споры, возникшие между «Потребителем» и учреждением здравоохранения, разрешаются по соглашению сторон, при участии вышестоящего органа управления в сфере здравоохранения, местной администрации или в судебном порядке в соответствии с законодательством Донецкой Народной Республики.

3.4. Изменения данного договора в одностороннем порядке не допустимы.

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»

ГОРОДСКАЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ
БОЛЬНИЦА Г. ГОРЛОВКИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ДНР 84601, г. Горловка, Ц-Городской район,
пр. Ленина, д. 28а

ИКЮЛ 51006665

Лицевой счет 06011003730

в Республиканском казначействе
Донецкой Народной Республики

Расчетный счет 40503810020000021001

Центральный Республиканский Банк
Донецкой Народной Республики

Код назначения платежа КБК: 23011303011010000130

БИК 310101001

ИНН банка 51000050

«ПОТРЕБИТЕЛЬ»

(фамилия, инициалы)

г.

ул.

Паспорт: серия

№

выданный

Тел.

Главный врач

Т. В. Сергунова

(подпись)