|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | До заключения договора Заказчик/Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на платные услуги утвержденный в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3».**  Настоящим Заказчик/Потребитель подтверждает, что в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ дает свое согласие Исполнителю на обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место регистрации, место проживания, данные документа удостоверяющего личность).  Заказчик/Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  **ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  на оказание сервисных услуг** |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Калининград** | **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.** |
| |  | | --- | | **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»,**  юридический адрес: г.Калининград, ул. Аллея Смелых, 136/138, ОГРН1023901644150, ИНН 3907012388, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Исполняющего обязанности главного врача Клименко Юрия Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (ФИО)  именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем: | | **1. Предмет договора** | | Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Заказчику/Потребителю сервисную услугу(далее Услуги) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование услуги)  именуемому в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», сервисные услуги согласно Прейскуранту на платные услуги, утвержденный в учреждении, а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить их в соответствии со ст. 3 настоящего договора. | | **2. Права и обязанности Сторон** | | **2.1. Потребитель имеет право:** | | 2.1.1. Получать необходимую и достоверную информацию об Услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора.  2.1.2. Получать Услуги, отвечающие требованиям безопасности.  2.1.3. Расторгнуть договор без объяснения причин и отказаться от получения Услуг по договору в письменной форме в любое время при условии оплаты Заказчиком/Потребителем фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.  2.1.4. Требовать возмещения вреда, причиненного вследствие недостатка оказанной Услуги. | | **2.4. Исполнитель обязан:** | | 2.4.1. Предоставить Заказчику/Потребителю необходимую и достоверную информацию об оказываемых Услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора.  2.4.2. Обеспечить соответствие оказываемых Услуг требованиям безопасности. | | **2.5. Потребитель обязан:** | | 2.5.1. Оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с требованиями ст. 3 настоящего договора. | | **3. Стоимость Услуг и порядок расчетов** | | 3.1. Стоимость Услуг по настоящему договору определена в соответствии прейскурантом Исполнителя и составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  в том числе НДС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.2. Заказчик/Потребитель производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.  3.3. Изменение стоимости Услуг по договору должны быть оформлены дополнительным соглашением к настоящему договору и подписаны Сторонами. Окончательная стоимость услуг, подлежащая оплате Заказчиком, устанавливается сторонами в дополнительном соглашении. | | **4. Место и сроки оказания Услуг** | | 4.1.Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя, а именно по адресу:  г.Калининград, ул. Аллея Смелых,140, г.Калининград, ул. Омская, 2-6а, г.Калининград, ул. Павлика Морозова, д.90. (нужное подчеркнуть).  4.2. Услуги оказываются в срок с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | **5. Ответственность Сторон и порядок рассмотрения споров** | | 5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  5.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Потребителем за виновные действия в соответствии с действующим законодательством. 5.3. Исполнитель освобождается от ответственности по настоящему договору, в случае если докажет, что неисполнение и/или ненадлежащее исполнение им обязательств по договору произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Заказчиком/Потребителем условий настоящего договора. 5.4. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. Заказчик/Потребитель вправе направить досудебную претензию. 5.5. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством. Заказчик/Потребитель вправе обратиться в суд для защиты нарушенного права. | | **6. Заключительные положения** | | 6.1.Настоящий договор оформлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.  6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Заказчиком/Потребителем услуг, предусмотренных настоящим договором, и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.  6.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в письменном виде. 6.4. В случае отказа Заказчика/Потребителя от получения Услуг по договору Исполнитель производит возврат денежных средств Заказчику на основании письменного требования Заказчика с учетом положений п. 2.1.3. настоящего договора.  6.5. В случае изменения каких-либо реквизитов Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга в письменном виде.  6.6. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ). | | **7. Реквизиты и подписи Сторон**   |  |  | | --- | --- | | **Исполнитель:**  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»**  236011, г. Калининград, ул. Аллея Смелых д.136/138  ИНН 3907012388 / КПП 390601001  Министерство финансов Калининградской области (Роддом № 3, л/сч 21356Ч53960, л/сч 22356Ч53960, л/сч 20356Ч53960),  р/сч 03224643270000003500  Отделение Калининград Банка России// УФК по Калининградской области  к/сч 40102810545370000028  БИК 012748051 ОГРН 1023901644150  e-mail: rd3@infomed39.ru  тел:68-62-22  **Ио главного врача**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Клименко Ю.А./**  М.П. | **Заказчик:**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.  Кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение № 1  к договору об оказании сервисных услуг  от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_  **Акт**  **об оказании сервисных услуг**  г. Калининград "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.  Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3» (далее Роддом №3), юридический адрес: г.Калининград, ул. Аллея Смелых, 136/138, ОГРН1023901644150, ИНН 3907012388, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Исполняющего обязанности главного врача Клименко Юрия Александровича, действующего на основании Устава и  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. заказчика/потребителя)  именуемый в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», принял настоящий Акт о нижеследующем:  1.В соответствии с условиями [Договора](consultantplus://offline/ref=D7969F646BC063957907A5312E97C565FE6FF7A9F3307EAE0B6158569F97ECBB5AF1C2B5A920F39F43400B88q8c9F) об оказании сервисных услуг N \_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Исполнителем оказаны сервисные услуги, включающие:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **№**  **№** | **Наименование услуги** | **Цена**  **(руб.)** | **Количество услуг** | **Всего**  **(руб.)** | | 1 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  | **ИТОГО:** |  |  |  |   **Суммапрописью:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Указанные в [п. 1](#Par26) настоящего Акта сервисные услуги согласно Договору, оказаны в полном объеме с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.  3. Замечаний к сервисным услугам предоставленных Исполнителем у Потребителя/Пациента не имеется.  4. ПОДПИСИ СТОРОН  Исполнитель: Заказчик/Потребитель:  Ио Главного врача  Роддома№3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Клименко Ю.А. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **От Исполнителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Клименко Ю.А. М.П. | **Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_./ |