|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  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.136/138ИНН 3907012388 / КПП 390601001Министерство финансов Калининградской области (Роддом № 3, л/сч 21356Ч53960, л/сч 22356Ч53960, л/сч 20356Ч53960), р/сч 03224643270000003500Отделение Калининград Банка России// УФК по Калининградской областик/сч 40102810545370000028БИК 012748051 ОГРН 1023901644150e-mail: rd3@infomed39.ruтел:68-62-22**Ио главного врача****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Клименко Ю.А./**М.П. | **Заказчик:****ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.Кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |

 |

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение № 1к 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 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 СТОРОНИсполнитель: Заказчик/Потребитель:Ио Главного врача Роддома№3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Клименко Ю.А.   |
|  |

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