**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

 Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД»(ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД), (Лицензия на осуществлении медицинской деятельности №ЛО-040-01-001243 от 23.09.2016, срок действия – бессрочно) именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице заместителя главного врача по финансово-экономическим вопросам Гильмановой Валерии Владиславовны, действующего на основании доверенности № 13 от 19.12.2024 года, с одной стороны и Гражданин (ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** и (или) **«Заказчик»**, действующий на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующим:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1**.** Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Вид услуг | Срок выполнения | Кол-во | Цена | Стоимость услуг |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

по медицинским показаниям, при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, согласно перечню платных медицинских услуг, прейскуранту на платные медицинские услуги и «Правилам предоставления платных услуг в ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД», с которыми Заказчик ознакомился.

1.2. На момент подписания настоящего Договора Потребитель (Заказчик) информирован о порядке предоставления и перечне услуг оказания бесплатной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в государственных (муниципальных) медицинских учреждениях. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Исполнитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

2.1. За выполнение медицинских услуг Заказчик, указанных в п.1.1 настоящего Договора платит Исполнителю в соответствии с прейскурантом цен на медицинские услуги, сумму в размере

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.2 Заказчик производит оплату Исполнителюв порядке предоплаты в размере 100% наличным (через контрольно – кассовый аппарат), либо безналичным расчетом (на расчетный счет учреждения).

2.3. Актом приемки – сдачи работ является карточка больного, либо выписной эпикриз, либо заключение по результатам исследования.2.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем, его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом (Заказчиком) в полном объеме в день оказания услуг путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, безналичным путем через терминал или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

2.5. Услуги оказываются после заключения договора и внесения Потребителем (Заказчиком) оплаты за услуги в соответствии условиями настоящего Договора.

2.6. Сроки оказания услуг (конкретная дата и время) согласовываются сторонами, исходя из режима работы Исполнителя и времени необходимого для проведения исследований, указанных в п.1.1 настоящего Договора.

2.7. Если во время оказания медицинских услуг Потребитель (Заказчик) или Исполнитель сочтут необходимым заменить один вид медицинских услуг другим, такая замена допускается по соглашению между сторонами в пределах действия настоящего Договора.

2.8. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в 10-дневный срок возвращает Потребителю (Заказчику) соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг на основании заявления Потребителя (Заказчика) через кассу, безналичным путем через терминал Исполнителя или путем перечисления на расчетный счет Заказчика.

2.9. Исполнитель выдает на руки Заказчику контрольно-кассовый чек (по требованию «товарный чек»), выписной эпикриз, либо заключение по результатам исследования. При безналичном расчете - акт выполненных работ и счет-фактуру.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю истребованные им услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и выдать результаты на бланках Исполнителя.

3.1.2. Предоставлять необходимую информацию Потребителю об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости.

3.1.3. Оказать качественные медицинские услуги и в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы, технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.5. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению услуг, отказать ему в проведении этих услуг, удержав расходы, понесенные Исполнителем до выявления этих противопоказаний.

3.1.6. Поставить в известность Потребителя о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к изменению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, в том числе при несоблюдении назначений лечащих врачей.

3.1.7. Предупредить Потребителя (Заказчика) о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

**3.2. Потребитель (Заказчик) обязан:**

3.2.1.Самостоятельно, на основе действующего Прейскуранта Исполнителя, определить фактический перечень услуг, которые Потребитель желает получить в рамках настоящего Договора.

3.2.2.Оплатить медицинские услуги Исполнителя в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

3.2.3.Потребитель обязан ознакомиться и соблюдать правила подготовки к исследованиям, а также технологии забора и доставки биоматериалов в лабораторию.

3.2.4.Потребитель обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях, известных ему аллергических реакциях и состояниях), точно выполнять назначения лечащих врачей, соблюдать лечебно-охранительный режим.

**3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

* Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
* Действий Потребителя, угрожающих его жизни, а также здоровью персонала.

3.3.2. На перенос срока получения услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.3.4. Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору.

3.3.5. Изменять состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в Прейскурант.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.2. Потребитель имеет право получить медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях в рамках ОМС.

**4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

4.1. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность информации, полученной в ходе исполнения настоящего Договора.

4.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ**

6.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности перед другой Стороной за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, обусловленное действием обстоятельств непреодолимой силы.

6.2. Свидетельство, выданное компетентным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия обстоятельств непреодолимой силы.

6.3. Сторона, которая не исполняет свои обязательства вследствие действия обстоятельств непреодолимой силы, должна не позднее, чем в трехдневный срок известить другую сторону о таких обстоятельствах и их влиянии на исполнение обязательств по настоящему Договору.

**7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

7.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте, обмена факсимильными сообщениями.

7.2. Если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии – 30 дней с даты получения претензии.

7.3. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания каждой из сторон и действует

до «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ \_г.

8.2. Все изменения и дополнения оформляются дополнительными соглашениями по согласованию сторон.

8.3. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения договора, письменно уведомив об этом Исполнителя. Исполнитель при этом удерживает денежные средства, исходя из объема фактически оказанных услуг.

**9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

9.1. Потребитель (Заказчик) с порядком и условиями оказания медицинских услуг и оплаты ознакомлен и согласен.

9.2. Настоящий договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

**10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**

|  |
| --- |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД», Калуга, ул. Грабцевское шоссе, д.115, свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц от 26.01.2015 № 2154027031739 ИНН 4027024567 КПП 402901001 |
| Министерство финансов Калужской области (ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД) л/с 30740А89360) БИК 042908001, Банк: Отделение Калуга г.Калуга, р/с 40601810100003000002, ОКОПФ 20901, ОКОГУ 2300229, ОКОПФ 75201, ОКФС 13, ОКПО 05218399, ОГРН 1024001190597, ОКВЭД 86.21, 86.10, 86.23, 86.90.9, 86.90.1 ОКТМО 29701000001, ОКАТО 29401000000  |
|  |
| **Подпись** **ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ ГИЛЬМАНОВА ВАЛЕРИЯ ВЛАДИСЛАВОВНА** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 год |
| **«ЗАКАЗЧИК»**Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Реквизиты документа, подтверждающие полномочия Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Мне предоставлена подробная информация о состоянии моего здоровья по профильной патологии.Все выше указанные положения разъяснены мне врачом, и понятны мне. Я предупрежден о том, что могут потребоваться дополнительные методы диагностики и лечения. Я согласен с предложенным планом обследования и лечения.Я, в соответствии с требованиями ст. 9. ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152 –ФЗ, подтверждаю согласие на все действия (сбор, хранение, систематизацию, использование и пр.) в ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД с моими персональными данными, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне в ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам данного учреждения передавать мои персональные данные другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.  |
| **ПОДПИСЬ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 год  |

Приложение №1

к договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**Я, нижеподписавшийся(-аяся)** (Ф.И.О.) пациента/законного представителя (родители, опекуны), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г., №323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое добровольное согласие / отказ на получение медицинских услуг в ГАУЗ КО «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД».

**Я даю свое добровольное согласие / отказ:** на выявление жалоб и сбор анамнеза, на врачебный осмотр и необходимые медицинские исследования моего организма, на различные методы лечения, рекомендованные доктором, на расширение перечня диагностических и лечебных вмешательств в интересах моего/моего подопечного здоровья.

 **Я, согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а):**

а) о состоянии моего здоровья,

б) о состоянии здоровья (Ф.И.О.) несовершеннолетнего до 15 лет, недееспособного)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

представляемого мной на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

а именно:

- о наличии, характере, степени тяжести, особенностях течения, вероятной длительности лечения, прогноза и возможных осложнениях заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (установленный и/или предварительный диагноз в соответствии с МКБ-10).

- о плане обследования, вариантах и особенностях медицинского вмешательства, методах и этапах лечения заболевания,

- о целесообразности применения лекарственных препаратов, действии медикаментов.

- о наличии показаний к проведению мне (представляемому мной) указанных медицинских вмешательств/методов лечения,

- об ожидаемых результатах медицинского вмешательства/метода лечения

- о возможных побочных действиях лекарственных препаратов и осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения при соблюдении техники и технологии диагностических вмешательств/методов лечения;

- о том, что проводимое мне медицинское вмешательство/метод лечения не гарантирует 100%-ного выздоровления;

- о необходимости соблюдения рекомендаций врача по обследованию и лечению, диете, режиме дня, а также о возможных осложнениях и ухудшении качества жизни и прогноза заболевания вплоть до смертельного исхода при несоблюдении рекомендаций врача, добровольном отказе от медицинского вмешательства/лечения, бесконтрольном самолечении, самовольном прерывании терапии.

**Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, я получил(а) полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего/моего подопечного здоровья, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, которые имел(а) возможность задать доктору, в связи с чем я подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания и несоблюдением рекомендаций врача. С правилами внутреннего распорядка в ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД, с информацией о правах и обязанностях пациента я ознакомлен(а).**

**Я даю свое добровольное согласие / отказ** на предоставление ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, в том числе через справочный стол, а также в случаях неблагоприятного прогноза заболевания следующим доверенным лицам:

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

 (ФИО/контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО/контактный телефон)

“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись пациента или его законного представителя с расшифровкой)

Настоящий документ оформлен:

“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись врача, расшифровка подписи)

 **Если пациент по каким-либо причинам не может собственноручно подписать информированное согласие на получение медицинских услуг, документ заверяется двумя подписями сотрудников ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД.**

Настоящий документ оформлен:

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись врача, расшифровка подписи)

“\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (Подпись врача, расшифровка подписи)

Приложение №2

к договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

 **К ДОГОВОРУ**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД»(ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД), (Лицензия на осуществлении медицинской деятельности №ЛО-040-01-001243 от 23.09.2016, срок действия – бессрочно) именуемый в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице заместителя главного врача по финансово-экономическим вопросам Гильмановой Валерии Владиславовны, действующего на основании доверенности № 13 от 19.12.2024 года, с одной стороны и Гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** и (или) **«Заказчик»**, действующий на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг (далее – Соглашение) о нижеследующем:

* 1. 1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать дополнительные медицинские услуги Пациенту сверх ранее заключенного договора:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Вид услуг | Срок выполнения | Кол-во | Цена | Стоимость услуг |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

* 1. по медицинским показаниям, согласно перечню платных медицинских услуг и прейскуранту на платные услуги, с которыми Пациент ознакомился.
1. Все остальные условия Договора на оказание платных медицинских услуг остаются без изменений.
2. Стороны претензий друг к другу не имеют.
3. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

**РЕКВИЗИТЫ:**

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**

 Государственное автономное учреждение здравоохранения Калужской области «Калужский областной специализированный центр инфекционных заболеваний и СПИД», Калуга, ул. Грабцевское шоссе, д.115, свидетельство о внесении в Единый государственный реестр юридических лиц от 26.01.2015 № 2154027031739 ИНН 4027024567 КПП 402901001

 Министерство финансов Калужской области (ГАУЗ КО КОСЦИЗ и СПИД) л/с 30740А89360) БИК 042908001, Банк: Отделение Калуга г. Калуга, р/с 40601810100003000002, ОКОПФ 20901, ОКОГУ 2300229, ОКФС 13, ОКПО 05218399, ОГРН 1024001190597, ОКВЭД 85.12, 85.14.3, 85.13.85.14.5, ОКТМО 29701000001, ОКАТО 29401000000

ПОДПИСЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ ГИЛЬМАНОВА ВАЛЕРИЯ ВЛАДИСЛАВОВНА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202 год

**«ЗАКАЗЧИК»**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт/документ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ПОДПИСЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 год