ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(для юридического лица (физического лица) в пользу потребителя)

г. Челябинск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ)** в лице кассира\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем Исполнитель, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик, действующий в пользу Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель по заявке Заказчика (направление на исследование, подписанное лечащим врачом, по форме № 014/у, утвержденной приказом Минздрава России от 24.03.2016 № 179н «О Правилах проведения патолого-анатомических исследований») оказывает платные медицинские услуги (далее – Услуги) Потребителю согласно п.1.2. настоящего договора в соответствии с Прейскурантом, действующем на момент заключения настоящего договора, а Заказчик обязуется оплатить оказанные Исполнителем Услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим договором.

1.2. Перечень оказываемых Услуг:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской услуги | Кол-во | Цена исследования | Сумма |
| Исследование биопсийоного и операционного материала \_\_ категории сложности |  |  |  |
| *Иммуногистохимические исследования:* |  |  |  |
| Иммунофенотипирование опухолей |
| Иммунофенотипирование и определение гормонально-рецепторного статуса |  |  |  |
| *Электронно-микроскопические исследования:* |  |  |  |
| Комплексное морфологическое исследование биоптата с электронно-микроскопическим исследованием |
| Электронно-микроскопическое исследование биоптата (без проведения гистологического и иммуногистохимического исследования) |  |  |  |
| Комплексное морфологическое исследование нефробиоптата |  |  |  |
| Электронно-микроскопическое исследование миокардиобиоптата (без проведения гистологического и иммуногистохимического исследования) |  |  |  |
| Электронно-микроскопическое исследование мышечного биоптата |  |  |  |
| *Повторная морфологическая экспертиза (консультация):* |  |  |  |
| Повторная морфологическая экспертиза (консультация) биопсийного и операционного материала |
| Повторная морфологическая экспертиза (консультация) аутопсийного материала |  |  |  |

1.3. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель предоставил им информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов Услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подписав настоящий договор, Заказчик добровольно согласился на оказание ему Услуг на платной основе.

**2. Сроки и порядок оплаты услуг**

2.1. Цена настоящего договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ руб.\_\_\_\_\_коп. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

НДС не предусмотрен (в соответствии с пп.2 ч.2 ст. 149 гл. 21 НК РФ Исполнитель не является плательщиком НДС).

2.2. Расчет между Исполнителем и Заказчиком по настоящему договору осуществляется на условиях 100% предоплаты в день подписания Сторонами настоящего договора путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

**3. Условия и сроки предоставления услуг**

3.1. Объем и порядок оказания Услуг определяются существующими нормативными актами и режимом работы подразделений Исполнителя.

3.2. Услуги предоставляются в следующие сроки:

3.2.1. для биопсийного (операционного) материала, не требующего декальцинации и (или) дополнительных окрасок (постановок реакций, определения), - не более 4 рабочих дней;

3.2.2. для биопсийного (операционного) материала, требующего декальцинации и (или) применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), изготовления дополнительных парафиновых срезов, - не более 10 рабочих дней;

3.2.3. биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением до 5 маркеров, - не более 7 рабочих дней;

3.2.4. для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением более 5 маркеров, - не более 15 рабочих дней;

3.2.5. для биопсийного (операционного) материала, требующего проведения дополнительных электронно-микроскопических методов исследования, - не более 7 рабочих дней;

3.2.6. для последов - не более 4 рабочих дней.

3.2.7. повторная морфологическая экспертиза (консультация), в том числе и в случаях требующих изготовления новых микропрепаратов или дополнительных методов окраски – в течение 5-7 рабочих дней.

3.3. Течение срока предоставления Услуг начинается от даты поступления материала на исследование. Доставка материала на исследование осуществляется Заказчиком за свой счет.

3.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора уведомлен, что несоблюдение лечебным учреждением в котором производился забор материала на исследование, установленных правил фиксации, маркировки и сроков доставки на исследование материала, а так же нарушение Заказчиком порядка и сроков транспортировки материала на исследование (при самостоятельной доставке материала на исследование) могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, либо невозможность предоставления Услуги.

**4. Обязанности сторон**

4.1. Заказчик обязан:

4.1.1. ознакомиться с порядком и условиями предоставления Услуг по настоящему договору;

4.1.2. выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, включая соблюдение общепринятых требований к забору материала и правил направления материала на исследование, а также сообщение необходимых для проведения исследования сведений.

4.2. Исполнитель обязан:

4.2.1. предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых Услугах;

4.2.2. оказать Заказчику квалифицированные, качественные Услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

**5. Ответственность сторон**

5.1. В случае низкого качества или неполного объема предоставленных Услуг Заказчик вправе частично или полностью отказаться от оплаты, если низкое качество или неполный объем предоставленных Услуг подтвержден заключением экспертной комиссии, состоящей из представителей Сторон и независимого эксперта, привлекаемого по договоренности. Критерии размера материальной компенсации определяются последствиями: непоправимые последствия – 100%, в других случаях в соответствии с реальным убытком Заказчика.

5.2. Исполнитель не несет ответственности, если низкое качество или неполный объем предоставленных Услуг обусловлены виной лечебного учреждения, в котором производился забор материала на исследование (неправильный или неполный объем забора материалов, дефекты фиксации, маркировки, нарушение порядка и сроков транспортировки материала на исследование, отсутствие необходимой информации в паспортной части, клинических данных и клиническом диагнозе, предусмотренных направлением, другие дефекты) или виной Заказчика (нарушение порядка и сроков транспортировки материала на исследование при самостоятельной доставке материала на исследование).

Правила направления материалов на исследование должны соответствовать общепринятым требованиям.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий договор, может быть, изменен и расторгнут по соглашению Сторон.

6.2. Заказчик вправе в любой момент отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю суммы фактически понесенных им расходов.

6.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг лишь при условии полного возмещения Заказчику убытков.

6.4. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

**7. Конфиденциальность**

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора. Конфиденциальной информацией по настоящему договору признается: сведения о пациентах; результаты исследования. Обработка конфиденциальной информации должна осуществляться в соответствии с действующим законодательством.

**8. Прочие условия**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и прекращается предоставлением Заказчику, оплаченной им Услуги (подтверждением получения Заказчиком Услуги является предоставление Заказчику (Потребителю) заключения по результатам проведенного исследования).

8.2. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры путем переговоров. Все споры между Сторонами, по которым не было достигнуто соглашения, разрешаются Арбитражным судом Челябинской области.

8.3. Отношения сторон, не урегулированные настоящим договором, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

**9. Сведения об исполнителе**

9.1. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро» (ГБУЗ ЧОПАБ), зарегистрировано за основным государственным регистрационным номером 1027403904285 (свидетельство серия 74 № 002175065, выданное ИФНС по Центральному району г. Челябинска), осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-74-01-003712 от 16 августа 2016 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, ул. Кирова, 165, тел. (8-351) 240-22-22, доб. 101).

Номенклатура работ и услуг:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии, патологической анатомии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гистологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, патологической анатомии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

**10. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинское областное патологоанатомическое бюро»  ИНН 7453022742, КПП 745301001 ОГРН 1027403904285  Адрес: 454003, г. Челябинск, ул. имени Татищева В.Н., д.249, стр. 3  Тел/факс: (351) 731-25-10, 731-20-61, 731-23-15,  Министерство финансов Челябинской области р/сч.40601810500003000001 отделение Челябинск г. Челябинск, БИК 047501001 ГБУЗ ЧОПАБ лицевой счет 20201602187ПЛ  Кассир  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /  М.П. | **Заказчик**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Потребитель**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |