**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Балаково Саратовской области «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение - детский сад компенсирующего вида №3 г.«Радуга» г. Балаково Саратовской области, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора *Кузнецовой Натальи Васильевны,* действующей на основании Устава, лицензии на медицинскую деятельность № ЛО - 64 - 01- 003830 выданной Министерством здравоохранения Саратовской области от 06.07.2017г, действующей бессрочно, Постановлением Администрации Балаковского Муниципального района от 21 декатря 2023 года № 5189 ,Положения о порядке предоставления платных услуг *с одной стороны,* и  родитель (законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с другой стороны, именуемый в дальнейшем «Потребитель» заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Исполнитель предоставляет, а Потребитель оплачивает медицинские   услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Наименование платной услуги | Дата предоставляемых услуг ( или временной переод) | Количество курсов | Ценна услуги и их общая стоимость |
| 1 |  | . |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

предоставляемые Потребителю **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( ф.и.о)

1.2.Услуги по указанным в п.1.1. направлениям , проводятся согласно расписанию.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

***2.1.Исполнитель обязан:***

2.1.1. Организовать и обеспечить надлежащее исполнение платных медицинских услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего договора. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с графиком, разработанным Исполнителем.

2.1.2. Обеспечить для проведения медицинских услуг помещения, соответствующие санитарным и гигиеническим требованиям.

2.1.3. Сохранить место за Потребителем в случае пропуска приема платных медицинских услуг по уважительной причине (с учетом оплаты услуг, предусмотренных разделом 1 настоящего договора).

2.1.4. Проявлять уважение к личности ребенка, не допускать физического и психологического насилия, обеспечить условия нравственного, физического и психологического здоровья, эмоционального благополучия ребенка с учетом его индивидуальных способностей.

2.1.5. По требованию Потребителя предоставлять для ознакомления всю информацию, касающуюся предоставления и оказания платных медицинских услуг.

2.1.6. До предоставления платных медицинских услуг уведомить Потребителя о нецелесообразности оказания платных медицинских услуг в объеме, предусмотренном п.1 настоящего договора, вследствие индивидуальных особенностей ребенка.

***2.2.Исполнитель имеет право:***

2.2.1. Изменять график предоставления услуг в случае необходимости.

2.2.2. Расторгнуть договор в одностороннем порядке досрочно, уведомив об этом Заказчика за 10 дней.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ**

***3.1. Потребитель обязан:***

3.1.1. Своевременно вносить плату в установленном размере за предоставленные платных медицинских услуги, указанные в разделе 1 настоящего договора ежемесячно.

3.1.2. Извещать Исполнителя об уважительных причинах отсутствия Потребителя во время проведения платных медицинских услуг , отпуска родителей;

3.1.3. Обеспечить посещение Потребителем оказываемых медицинских услуг согласно расписанию.

3.1.4. Проявлять уважение к медицинскому, педагогическому, техническому, административно-хозяйственному, учебно-вспомогательному и иному персоналу Исполнителя.

3.1.5. Возмещать ущерб, причиненный Потребителем имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.

***3.2. Потребитель имеет право:***

3.2.1. Требовать предоставления информации по вопросам, касающимся организации и надлежащего исполнения платных медицинских услуг, предусмотренных п.1 настоящего договора.

3.2.2. Расторгнуть договор в одностороннем порядке досрочно, уведомив об этом Исполнителя за 10 дней.

3.2.3. Требовать возврата оплаченного аванса за не оказанные услуги, в связи досрочным расторжением договора, написав заявление на имя руководителя МАДОУ.

4**. ОПЛАТА УСЛУГ**

4.1. Потребитель ежемесячно в рублях оплачивает платные медицинских услуги, указанные в п.1.1 настоящего договора

4.2. Оплата производится не позднее \_15\_числа каждого месяца предшествующего периоду оплатына счет Исполнителя в банке. Оплата услуг удостоверяется Исполнителем квитанцией об оплате.

4.3. За пропущенные мероприятия детьми производится перерасчет оплаты в следующем месяце.

4.4. Оплата услуг удостоверяется квитанцией, предъявленной Исполнителю Потребителем.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами обязательств по настоящему договору они несут ответственность, предусмотренную гражданским кодексом РФ, федеральными законами, Законом РФ «О защите прав потребителей» и иными правовыми актами.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня заключения его сторонами и действует до  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Число, месяц, год.)

6.2. При невыполнении одной из сторон своих обязанностей, другая сторона имеет право расторгнуть настоящий договор досрочно, письменно предупредив другую сторону за 10 дней.

6.3. Все изменения и дополнения в настоящий договор вносятся по соглашению сторон в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Все споры и разногласия по настоящему договору по возможности разрешаются путем переговоров между сторонами, либо в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах  - по одному для каждой стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

**8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

**С уставом учреждения, нормативными актами по предоставлению платных услуг ознакомлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Подпись)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**   |  | | --- | | **Исполнитель**: | | Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение - детский сад компенсирующего вида №3 «Радуга»  г. Балаково Саратовской области  413853, Саратовская область, г. Балаково,  ул. Шевченко, дом 42 Тел: 7 (8453) 641210  ИНН 6439047750  КПП 643901001  р/с 40701810400003000002  УФК по Саратовской области (Комитет финансов администрации Балаковского муниципального района Саратовской области МАДОУ детский сад №3)  л/с 435040242  БИК 046359000 | | Директор МАДОУ детский сад №3  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В. Кузнецова | | **Потребитель:**  РОДИТЕЛЬ: мать, отец /законный представитель  Ф.И.О.(полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Данные паспорта: (№, серия, дата выдачи, кем выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1 экземпляр договора выдан на руки  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к договору № от 20 г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, (ФИО Заказчика),

проживающий по адресу: , даю информированное добровольное согласие на предложенное моему ребенку,

,

(ФИО Потребителя, дата рождения)

чьим Законным представителем я являюсь, проживающего по адресу:

, медицинское вмешательство: 1) опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза;

2) осмотр; 3) прием (диагностика, аппаратное лечение, использование медикаментов (глазные капли) медицинскими работниками

(должность, ФИО медработников).

В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.042012 № 390н, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Подпись Заказчика/Законного представителя

Подпись медицинских работников

(подпись,ФИО )

Директору МАДОУ - детский сад

комбинированного вида №3 «Радуга»

Кузнецовой Н.В.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающей (его)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Заявление

Прошу оказать дополнительную платную медицинскую услугу

моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

возрастная группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с условиями оказания платных услуг

согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.