|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **профилактический прием (осмотр, консультация) врача фтизиатра (с выдачей заключения)**.2.2. Медицинское заключение выдается при наличии рентгенографического исследования на туберкулез:- для лиц старше 15 лет – лучевое исследование органов грудной клетки (флюорография или обзорная рентгенография);Для детей в возрасте от 1 до 14 лет – иммунодиагностика (постановка внутрикожных проб):проб): для детей в возрасте от 1 до 7 лет – реакция манту; для детей в возрасте с 8 до 17 лет 11 месяцев– диаскинтест, лучевое исследование органов грудной клетки. **3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинских услуг составляет, а именно профилактический прием (осмотр, консультация) врача фтизиатра (с выдачей заключения) составляет **612,00 (шестьсот двенадцать) рубль (ей) 00 копеек (и).** 3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач фтизиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 | **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **профилактический прием (осмотр, консультация) врача фтизиатра (с выдачей заключения)**.2.2. Медицинское заключение выдается при наличии рентгенографического исследования на туберкулез:- для лиц старше 15 лет – лучевое исследование органов грудной клетки (флюорография или обзорная рентгенография);Для детей в возрасте от 1 до 14 лет – иммунодиагностика (постановка внутрикожных проб):проб): для детей в возрасте от 1 до 7 лет – реакция манту; для детей в возрасте с 8 до 17 лет 11 месяцев– диаскинтест, лучевое исследование органов грудной клетки.**3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинских услуг составляет, а именно профилактический прием (осмотр, консультация) врача фтизиатра (с выдачей заключения) составляет **612,00 (шестьсот двенадцать) рубль (ей) 00 копеек (и).** 3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач фтизиатр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, подпись)** **М.п.**

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких (в прямой проекции, с выдачей R-снимка)** **3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **892,00 (восемьсот девяносто два) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 | **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких (в прямой проекции, с выдачей R-снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **892,00 (восемьсот девяносто два) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Компьютерная томография органов грудной полости.****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **2 694,00 (две тысячи шестьсот девяносто четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Компьютерная томография органов грудной полости.****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **2 694,00 (две тысячи шестьсот девяносто четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких цифровая (в одной проекции, без выдачи R- снимка, с выдачей заключения)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **473,00 (четыреста семьдесят три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких цифровая (в одной проекции, без выдачи R- снимка, с выдачей заключения)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **473,00 (четыреста семьдесят три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Томография легких (двух легких, линейная, с выдачей заключения, R-снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **2 584,00 (две тысячи пятьсот восемьдесят четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Томография легких (двух легких, линейная, с выдачей заключения, R-снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **2 584,00 (две тысячи пятьсот восемьдесят четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610..**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких (в боковой проекции, с выдачей R- снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **893,00 (восемьсот девяносто три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких (в боковой проекции, с выдачей R- снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **893,00 (восемьсот девяносто три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких цифровая (в двух проекциях, без выдачи R- снимка, с выдачей заключения)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **613,00 (шестьсот тринадцать) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Рентгенография легких цифровая (в двух проекциях, без выдачи R- снимка, с выдачей заключения)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **613,00 (шестьсот тринадцать) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Томография лёгких (одного легкого, линейная, с выдачей заключения, R-снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **1 784,00 (одна тысяча семьсот восемьдесят четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: **лучевое исследование органов грудной клетки.**2.2. **Томография лёгких (одного легкого, линейная, с выдачей заключения, R-снимка)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **1 784,00 (одна тысяча семьсот восемьдесят четыре) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Осмотр провел врач рентгенолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
| **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платной медицинской услуги составляет  **1 267,00 (одна тысяча двести шестьдесят семь) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Зав.бак. лабораторией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 | **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Микроскопическое исследование мазков мокроты на микобактерии туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платной медицинской услуги составляет **1 267,00 (одна тысяча двести шестьдесят семь) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Зав.бак. лабораторией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
| **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Молекулярно – генетический метод обследования мокроты на определение микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (ПЦР)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платной медицинской услуги составляет  **5 095,00 (пять тысяч девяносто пять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Зав. бак. лабораторией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 | **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Молекулярно – генетический метод обследования мокроты на определение микобактерий туберкулеза (Mycobacterium tuberculosis) (ПЦР)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платной медицинской составляет **5 095,00 (пять тысяч девяносто пять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Зав. бак. лабораторией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулёзным очищенным жидким в стандартном разведении (проба Манту))****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по внутрикожному введению лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулёзным очищенным жидким в стандартном разведении (проба Манту))составляет  **393,00 (триста девяносто три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2.Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулёзным очищенным жидким в стандартном разведении (проба Манту))**3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по внутрикожному введению лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулёзным очищенным жидким в стандартном разведении (проба Манту))составляет  **393,00 (триста девяносто три) рубля 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет  **410,00 (четыреста десять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги по лучевому исследованию органов грудной клетки составляет **410,00 (четыреста десять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |
|  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. Стоимость платных медицинской услуги **внутрикожному введению лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)**составляет  **410,00 (четыреста десять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |  **Договор** **на оказание платных  медицинских услуг** **по  освидетельствованию иностранных граждан №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г. Магадан                                                                                    «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_год **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний»**,  именуемое в дальнейшем Исполнитель,   в лице главного врача  **Чагайдак Аллы Валерьевны**,  действующей на основании Устава, с одной стороны,  и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. потребителя (законного представителя потребителя))**именуемый в дальнейшем Потребитель (законный представитель потребителя), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:**1. Сведения о сторонах договора****1.1.Сведения об Исполнителе:**1.1.1. Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Магаданский областной диспансер фтизиатрии и инфекционных заболеваний» (ГБУЗ «МОДФ И ИЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от **30.07.2019 года № ЛО-49-01-000610.**1.1.2. Адрес места нахождения исполнителя и оказания медицинской услуги: 685024, г. Магадан, ул. Нагаевская, д. 44.1.2**. Сведения о Потребителе (законном представителе потребителя):**1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес регистрации по месту пребывания и телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.  Предмет договора**2.1. Потребитель (законный представитель потребителя) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Законному представителю) следующие  платные медицинские услуги: 2.2. **Внутрикожное введение лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)****3. Стоимость платных медицинских  услуг, сроки и порядок  их оплаты**3.1. . Стоимость платных медицинской услуги **внутрикожному введению лекарственных препаратов (постановка внутрикожного теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении (Диаскентест)**составляет  **410,00 (четыреста десять) рублей 00 копеек.**3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем) в порядке 100% предоплаты, безналичным расчетом, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При оплате услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику, законному представителю Потребителя) извещение об оплате (квитанцию).**4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель потребителя) несут  ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.4.2. Исполнитель освобождается от ответственности в том случае, если:- Потребитель  (законный представитель потребителя) умышлено или  по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, аллергических реакциях и др.**5. Порядок изменения и расторжения договора**5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.**6. Срок действия Договора  и иные  условия**6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 3-х рабочих дней.6.2.Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в неразрешимых путем переговоров ситуациях в судебном порядке.6.3.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.**Заведующий (ая) АПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись)** М.п.

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» ГБУЗ «МОДФ и ИЗ»Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В. Чагайдак |  «Потребитель»(законный представитель потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(подпись)** |

 |