

УТВЕРЖДАЮ:



Директор ОГБУЗ «Смоленский
областной институт патологии»
Н.Б. Игнатова

20dd г.

ФОРМА 2

ДОГОВОР
возмездного оказания медицинских услуг
(с физическим лицом)

г. Смоленск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Смоленский областной институт патологии» в лице директора **Игнатовой Натальи Борисовны**, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и гражданин(-ка) _____

(фамилия, имя, отчество)

именуемый(-ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, вместе – **Стороны**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Согласно настоящему договору Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать медицинскую услугу по морфологическим исследованиям тканей.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательство на оказание следующих услуг: проведение морфологических исследований тканей Заказчика, включающее: изготовление препаратов для цитологических исследований; консультации морфологических препаратов I - V категории сложности врачом, кандидатом медицинских наук, либо доктором медицинских наук с последующим оформлением патолого-гистологических заключений.

2.2. Заказчик обязуется оплатить предоставляемую услугу.

2.3. Заказчик имеет право на предоставление достоверной информации о предоставляемой услуге; возмещения вреда в случае ненадлежащего оказания услуги; отказ от получения услуги с возвратом оплаченной суммы.

2.4. Стороны договорились, что в целях получения достоверных консультаций морфологических препаратов, и необходимое количество стекол-микропрепаратов Исполнитель определяет на основании клинического диагноза.

2.5. Срок оказания услуги _____ дня (-ей).

3. Порядок и условия оплаты

3.1. Оплата услуги Заказчиком Исполнителю производится наличными по квитанции формы № 10 (код по ОКУД 0504510), относящейся к бланкам строгой отчетности (Инструкция по

бюджетному учету, утвержденная Приказом Министерства финансов РФ от 10.02.2006 № 25н).

3.2. Стоимость услуги согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги составляет _____ рублей _____ копеек (_____).

3.3. Заполненная квитанция с печатью учреждения «Для документов», выдается Исполнителем на руки Заказчику. Копия квитанции остается у Исполнителя.

4. Форс-мажорные обстоятельства

4.1. Сторона, не исполнившая или исполнившая ненадлежащим образом обязательств, принятых в соответствии с договором, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непреодолимых при данных условиях обстоятельств.

5. Прочие условия

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до окончания срока исполнения услуги.

5.2. Заказчик вправе требовать от Исполнителя повторного выполнения работ, связанных с недостатками выполненной услуги, если они обнаружены в пределах двух лет со дня оказания услуги.

5.3. Споры и разногласия, возникающие между Сторонами, заключившими договор, решаются путем переговоров, либо разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.4. В случае нарушения установленных сроков оказания услуги Исполнитель оплачивает Заказчику за каждый день просрочки неустойку в размере трех процентов от стоимости оказания услуги.

6. Данные Сторон:

Заказчик

(фамилия, имя, отчество)

Адрес:

Паспорт: серия №

Выдан:

Дата выдачи:

Исполнитель

ОГБУЗ «Смоленский областной институт патологии»

Юридический адрес: 214018, г. Смоленск, пр-т Гагарина, д. 27 (патологоанатомический корпус)

Банковские реквизиты: ИНН 6731017610,

КПП 673101001, БИК 016614901

р/с 03224643660000006301 Отделение

Смоленск Банка России/УФК по Смоленской области, г. Смоленск

ОГРН 1026701438796, ОКПО 25756974

Подписи Сторон:

Заказчик

Гражданин(-ка)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Исполнитель

Директор

М.П.

Н.Б. ИГНАТОВА

(подпись)