**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

Я. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее- Пациент), настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» (Исполнитель) в рамках п. 3. договора Об оказании платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2021 № 4582

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи, т.е. по месту жительства (в поликлинике), при наличии полиса обязательного страхования, СНИЛСА и паспорта.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Заказчик V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее- Пациент), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.2006, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» подтверждаю своё согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу указанным в настоящем информированном согласии организациям, обезличивание, блокирование, уничтожение ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», находящимся по адресу г. Ставрополь ул. Ленина 434 (далее - Оператор), моих персональных данных и персональных данных Пациента, включающих: фамилию, имя. отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны (или - при условии, что эта обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором и обязанным сохранять профессиональную тайну).

Я предоставляю Оператору право осуществлять следующие способы обработки персональных данных: с использованием бумажных носителей, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я предоставляю Оператору право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры, регистры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг во исполнение своих обязательств по договору ДМС, договору оказания платных медицинских услуг с использованием машинных носителей информации, по защищённому каналу связи и (или) документы на бумажных носителях, с соблюдением мер. обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я предоставляю Оператору право на обмен (приём и передачу) всеми моими персональными данными со страховыми организациями, территориальным фондом ОМС. министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным сегментом Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, с министерством здравоохранения Ставропольского края, с ГБУЗ СК «МИАЦ», а также с иными подведомственными министерству здравоохранения Ставропольского края медицинскими организациями, с использованием машинных носителей или по защищённым каналам связи, с соблюдением мер. обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг Пациенту я предоставляю право уполномоченным медицинским работникам передавать мои персональные данные/персональные данные Пациента, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации для данной категории больных, и составляет 5 лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора. Паспортные данные Заказчика: N\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Заказчик V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 №390 н (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, а так же на все медицинские вмешательства, перечисленные в п.3. Договора об оказании платных медицинских услуг, заключенных мною с ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» от \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы обследования и оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств в отношении представляемого, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, и их тяжесть, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в отношении представляемого, перечисленных в данном информированном согласии и п.3. Договора об оказании платных медицинских услуг, заключенных мною с ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что при необходимости других методов обследования и лечения потребуется подписание отдельного информационного согласия.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, что потребует взятия отдельного информированного согласия.

В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информацию о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, результатах обследования и лечения разрешаю (не разрешаю) сообщать следующим лицам:

1. 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

**Приложение 1**

**к договору**

**об оказании платных медицинских услуг.**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее - ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Штанева Дениса Владимировича, действующего на основании Устава, доводит до сведения Потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Дата \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя)

Доводим до вашего сведения, что ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД», расположенный по адресу: г. Ставрополь ул. Ленина, д.434, согласно действующей лицензии (лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-26-01-004822 от 05.02.2019, выданной министерством здравоохранения Ставропольского края, сектором по лицензированию в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, срок действия лицензии: бессрочно) оказывает следующие медицинские услуги:

1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

а. акушерскому делу; б. вакцинации; в. сестринскому делу; г. функциональной диагностике; д. лабораторной диагностике.

1. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

а. педиатрии; б. терапии.

1. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

а. акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); б. дерматовенерологии; в. инфекционным болезням; г. неврологии; д. ультразвуковой диагностике; е. фтизиатрии; ж. функциональной диагностике; з. клинической лабораторной диагностике.

1. При проведении медицинских освидетельствований:

а. медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции; б. медицинское освидетельствование на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешение на работу в Российской федерации.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя)

**ДОГОВОР №104582**

**об оказании платных медицинских услуг**

**г. Ставрополь \_\_\_\_.\_\_\_\_.2021**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» являясь законным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения и **Государственное бюджетное** учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой специализированный центр **профилактики и борьбы со** СПИД и инфекционными заболеваниями» (далее- ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД») ОГРН 1022601947070 в ЕГРЮЛ серия 26 № 003907804 от 02.03.2012г. выдан межрайонной федеральной налоговой службой № 11 Ставропольского края (лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-26-01-004822 от 05.02.2019, выдана министерством здравоохранения Ставропольского края, сектором по лицензированию в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, расположенным по адресу: 355000 г. Ставрополь, ул. Дзержинского 158. 17 этаж, офис 1701 тел. (8652) 748079, срок действия лицензии: бессрочно (Приложение 1 к договору)), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Штанева Дениса Владимировича, действующего на основании Устава, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по оказанию платных медицинских услуг, перечисленных в разделе 3 и в соответствии с порядком, предусмотренным настоящим договором в разделе 2.
2. Платные медицинские услуги предоставляются после подписания Заказчиком добровольного информированного согласия на получение платных медицинских услуг, на обработку персональных данных и на медицинское вмешательство.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

* 1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом Исполнителя.
  2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в соответствии с законодательством Российской Федерации, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем списания денежных средств с банковской карты в кассе Исполнителя с помощью специального оборудования - POS терминала, а так же оплаты, через банкомат или платежный терминал.
  3. Даты начала оказания услуг и сроки исполнения каждой медицинской услуги указываются в разделе 3.
  4. При форс- мажоре и (или) технических причинах (таких, как прекращение подачи в лабораторию Исполнителя электрической энергии и/или воды), Исполнитель имеет право задержать выдачу результата на срок до 2 (двух) рабочих дней без дополнительного уведомления Заказчика.

**3. НАИМЕНОВАНИЕ, ЦЕНА И СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **П. №** |  | Цена | Дата начала  оказания | Срок  оказания |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  | Итого |  |  |  |

4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

1. **Права Заказчика:**
2. Получать платную услугу.
3. Получить результат услуги лично или через своего Законного представителя с представлением доверенности в установленном законом порядке.
4. Получить полную информации о медицинской услуге, а также сведения о квалификации работника, оказывающего медицинскую услугу.
5. Отказаться от получения услуги (на любом этапе её оказания), расторгнуть договор и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных расходов в течение 10 рабочих дней после отказа от услуги.

4.2. **Обязанности Заказчика:**

1. Своевременно и в полном объеме оплатить услугу.
2. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, утвержденные Исполнителем.

4.3. **Права Исполнителя:**

1. Требовать своевременной и полной оплаты услуги от Заказчика.
2. Отказать в плановом приеме Заказчика при наличии у него признаков алкогольного, наркотического, токсикологического или иного опьянения.
3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, назначить другого врача с предварительного согласия Заказчика.
4. **Исполнитель обязан:**
5. Обеспечить качественное выполнение услуги в соответствии с действующим законодательством РФ.
6. Ознакомить Заказчика с прейскурантом и порядком оплаты услуги.
7. Выдать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
8. Выдать Заказчику (законному представителю Заказчика) после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, лабораторные заключения, справки, сертификаты, прочие), отражающие состояние его здоровья в соответствие с оказанными услугами.
9. Соблюдать правила медицинской этики.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует по «\_\_» декабря 2021 г.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕ**НИ**Я ДОГОВОРА.**

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны только в том случае, если они имеют ссылку на договор, оформлены и подписаны уполномоченными на то представителями сторон, не противоречит нормам законодательства.

6.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.**

7.1. Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Заказчик не предъявил обоснованных претензий Исполнителю в момент ее получения.

7.2. Стороны согласились, что при подписании данного договора возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи допускается в случаях и в порядке, предусмотренных законом.

**8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

8.1. Обязательства сторон должны выполняться надлежащим образом, в установленные сроки и в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством.

8.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свои обязательства по Договору при выполнении его условий, несет ответственность, если не докажет, что надлежащее исполнение обязательств оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы (форс- мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, при конкретных условиях конкретного периода времени. К обстоятельствам непреодолимой силы Стороны настоящего Договора отнесли такие: явления стихийного характера (землетрясение, наводнение, удар молнии, извержение вулкана, сели, оползень, цунами и т.п.), температуру, силу ветра и уровень осадков в месте исполнения обязательств по Договору, исключающих для человека нормальную жизнедеятельность; мораторий органов власти и управления; забастовки, организованные в установленном законом порядке и другие обстоятельства, которые могут быть определены Сторонами Договора как непреодолимая сила для надлежащего исполнения обязательств.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

9.1. Стороны обязуются принимать необходимые меры к тому, чтобы любые спорные вопросы и разногласия, касающиеся Договора, были урегулированы путем совместных переговоров.

9.2. В случаях, если Стороны не достигнут согласия путем переговоров или какая-либо Сторона уклоняется от проведения переговоров, то спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ, с соблюдением обязательного досудебного претензионного порядка урегулирования спора. Срок ответа на претензию равен 10 (десяти) рабочим дням.

**10**. **АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА.**

10.1. При исполнении своих обязательств по Договору Стороны, их работники, представители и аффилированные лица не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату денежных средств или иных ценностей любым лицам, чтобы оказать влияние на их действия или решения с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или с иными противоправными целями.

Также Стороны, их работники, представители при исполнении Договора не осуществляют действия, квалифицируемые российским законодательством как вымогательство взятки или предмета коммерческого подкупа, коммерческий подкуп, посредничество в коммерческом подкупе, дача или получение взятки, посредничество во взяточничестве, злоупотребление должностными полномочиями, незаконное вознаграждение от имени юридического лица.

10.2. В случае возникновения у стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение п. 10.1. Договора, она обязуется незамедлительно уведомить другую сторону в письменной форме. В уведомлении нужно указать факты или предоставить материалы, подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение.

После получения уведомления сторона, в адрес которой оно направлено, в течение пяти календарных дней направляет ответ, что нарушения не произошло или не произойдет.

10.3. Исполнение обязательств по Договору приостанавливается с момента направления стороной уведомления, указанного в п. 10.2. Договора, до момента получения ею ответа.

10.4. Если подтвердилось нарушение другой стороной обязательств, указанных в п. 10.1. Договора, либо не был получен ответ на уведомление, сторона имеет право отказаться от Договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по инициативе которой расторгнут Договор, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате расторжения Договора.

**11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»**  **ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»**  355029, г. Ставрополь, ул. Ленина, 434  Тел 94-52-99  Электронный адрес: Staids@bk.ru  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_филиал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ИНН 2633003771 КПП 263501001  ОГРН 1022601947070  ЕГРЮЛ серия 26 № 003907804 от 02.03.2012г. выдан межрайонной федеральной налоговой службой № 11 Ставропольского края  Лицензия на осуществление медицинской деятельности  № ЛО-26-01-004822 от 05.02.2019  К/С: 40102810345370000013 (Единый казначейский счет)  Р/С: 03224643070000002101 (Казначейский счет)  Министерство финансов Ставропольского края (ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД» л.с. 045.70.015.8)  ОТДЕЛЕНИЕ СТАВРОПОЛЬ БАНКА РОССИИ // УФК по Ставропольскому краю г. Ставрополь  Адрес банка: 355035, г. Ставрополь, ул. Ленина, 286  БИК 010702101  КБК: 04500000000000000130  ОКТМО 07701000  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Штанев/ | **«Заказчик»**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **когда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

Акт№ 104582 приёма-сдачи оказанных услуг

Г. Ставрополь «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2021 г.

Мы, нижеподписавшиеся, «Заказчик» **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, с одной стороны и **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольский краевой специализированный центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями»** (лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-26-01-004822 от 05.02.2019), именуемое в **«Исполнитель»,** в лице главного врача Штанева Дениса Владимировича, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, согласно заключенному договору, исполнителем оказаны услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **П. №** | **Наименование услуги** | **Цена** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
|  | Итого |  |

Заказчиком произведена оплата за оказанные услуги в сумме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_ копеек).

Оказанные услуги соответствуют условиям договора и удовлетворяют Заказчика.

**Документы, подтверждающие оказание услуг (-и) выданы.**

**Гарантии не предусмотрены.**

При подписании данного акта-приема возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»**  **ГБУЗ СК «Краевой центр СПИД»**  355029, г. Ставрополь, ул. Ленина, 434  Тел 94-52-99  Электронный адрес: Staids@bk.ru  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_филиал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Штанев/ | **«Заказчик»**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |