ДОГОВОР
на оказание платных социальных и дополнительных услуг взрослым

г. Пыть-Ях «__»_____ 20 __г. №_____

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Пыть-Яхский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями», именуемый в дальнейшем **«Центр»** в лице директора _____ действующего на основании Устава, с одной
(фамилия, имя, отчество)

стороны, и гражданин (гражданка)_____
(Ф.И.О.)

19___года рождения, паспорт серия _____№_____, выдан «_____»_____года
_____
(орган, выдавший документ)

именуемый в дальнейшем **«Получатель услуг»** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Получатель услуг оплачивает, а Центр принимает на себя обязательства по оказанию платных социальных услуг (далее Услуги) в соответствии с утвержденным перечнем услуг.
1.2. Срок оказания Услуг устанавливается с «___»_____года по «___»_____года. Продление срока оказания Услуг устанавливается соглашением сторон.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Центр оказывает Услуги по настоящему договору в помещении Центра по адресу: **Российская Федерация, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Пыть-Ях, микрорайон 4 «Молодежный», дом 3.**
2.2. Центр оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Центра и доводятся до сведения Клиента.
2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Получателя услуг. Предварительная запись Получателя услуг осуществляется через кабинет приема граждан Центра путем личного присутствия или посредством телефонной связи. Телефон кабинета приема граждан: **(3463) 46-00-26.** Часы работы: **с 7.30 до 17.00 ч.**

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Получатель услуг оплачивает Услуги по ценам, согласно утвержденным тарифам на услуги. Цена договора составляет: _____
в соответствии с расчетом, являющимся приложением к договору.
3.2. Оплата Услуг производится наличными в кассу либо перечислением до оказания реабилитационной помощи.
3.3. Возврат денег за не полученные Услуги производится только в случаях болезни Клиента, подтвержденной документально, или проявления противопоказаний во время прохождения курса реабилитации.

4. Обязанности сторон

4.1. Центр обязуется:
4.1.1.Обеспечить соответствие предоставляемых Центром Услуг требованиям стандартов Российской Федерации.
4.1.2. Предоставить Получателю услуг Прейскурант действующих цен на Услуги Центра.
4.1.3. Предоставить Получателю услуг кассовый чек или иной документ, удостоверяющий факт покупки услуг.
4.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
4.1.5. Сохранить в тайне информацию о состоянии здоровья и диагнозе Клиента и иные сведения личного характера. Информация, содержащаяся в медицинских документах Получателя услуг, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Получателя услуг только по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
4.1.6. Проинформировать Получателя услуг обо всех противопоказаниях на Услуги, оказываемые Центром.

4.2. Получатель услуг обязуется:
4.2.1. Оплатить стоимость предоставляемых услуг.
4.2.2. Выполнить требования медицинского персонала при предоставлении медицинских услуг.
4.2.3. Дать полную информацию врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, перенесенном инфекционном, остром или хроническом заболеваниях, имеющихся противопоказаниях к оказываемым в Центре услугам, предоставлять информацию о контакте с инфекционными больными.
4.2.4. Заблаговременно информировать Центр о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Получателя услуг более чем 20 (двадцать) минут по

отношению к назначенному Получателю услуг времени получения услуги, Центр оставляет за собой право отмены срока получения услуги.
4.2.5. Соблюдать правила поведения пациентов в Центре.

5. Права сторон

5.1. Центр имеет право:
5.1.2. Расторгать настоящий договор досрочно при несоблюдении пунктов настоящего договора, письменно (с указанием причин) уведомив об этом Клиента не менее чем за 2 дня.
5.2. Получатель услуг имеет право:
5.2.1. На соблюдение его прав со стороны сотрудников Центра, а также других клиентов.
5.2.2. Получать информацию о предоставляемых ему услугах.
5.2.3. Выражать согласие/не согласие (нужное подчеркнуть) на предоставление и обработку персональных данных.
5.2.4. Расторгать настоящий договор досрочно в одностороннем порядке, предварительно письменно (с указанием причин) уведомив об этом Центр за 2 дня.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

7. Прочие условия

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до конца срока оказания услуг.
7.2. Все споры, возникающие при исполнении настоящего договора при не достижении соглашения между сторонами путем переговоров, разрешаются в соответствии с законодательством в судах общей юрисдикции.
7.3. В целях обеспечения защиты прав и свобод, в помещениях, в которых осуществляется реабилитация, ведется видеонаблюдение.
7.4. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Бюджетное учреждение Ханты - Мансийского автономного округа - Югры «Пыть-Яхский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»
Адрес: 628383, Российская Федерация,
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра,
г. Пыть-Ях, микрорайон 4 «Молодежный», дом 3.
Тел.: 8 (3463) 46-00-26 (кабинет приема граждан),
Тел/факс (3463) 46-06-25

Директор _____ **Ф.И.О.**
(подпись)

М.П.

Клиент:
_____
фамилия, инициалы
_____
адрес проживания,
_____
_____
место работы,
_____
тел. домашний, служебный
_____
(подпись)

Приложение к договору

Расчет услуг, предоставленных на условиях оплаты

по договору о предоставлении услуг №_____ от «___»_____ 20___г

1. Ф.И.О. получателя социальных услуг _____.
2. Период предоставления услуг на условиях оплат:
   с «___» _____ 20___г по «___» _____ 20___г

№ услуги по утвержденному Прейскуранту	Наименование услуги согласно Прейскуранту	Тариф (без НДС), руб. коп	Кол-во услуг	Полная стоимость (без НДС), руб.коп.