**Договор №\_\_\_\_**

**на оказание платных дополнительных услуг**

г. Рязань «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский клинический санаторий памяти В.И. Ленина» (Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серия 62 №002368885 от 17.08.1994 г.; свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 62 №001838020 от 21.12.2002 г. выданы Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Рязанской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., с одной стороны и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

# Предмет договора

1.1. Заказчик по собственному желанию поручает и оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику платную дополнительную услугу: Пребывание законного представителя ребенка (питание, проживание 1 койко-день) (далее по тексту - Услуга).

# Стоимость и порядок оплаты

2.1. Цена услуги определяется исходя из Прейскуранта цен на платные дополнительные услуги населению (далее - Прейскурант), действующего у Исполнителя на момент заключения настоящего договора. До заключения настоящего договора Прейскурант был представлен Заказчику для ознакомления.

2.2. Стоимость оказываемой услуги по настоящему договору за \_\_\_\_\_ койко-день (дней) согласно Прейскуранта составляет: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) руб. \_\_\_ коп., НДС не предусмотрен.

2.3. ФИО гражданина, которому будет оказана услуга:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Период оказания услуг: с 8-00 часов «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. по 20-00 часов «\_­­\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. включительно. День заезда и день отъезда оплачиваются полностью.

2.4. Оплата услуг производится Заказчиком в размере 100% стоимости услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя не позднее чем за 3 рабочих дня до даты заезда.

2.5. Порядок возврата денежных средств за услуги пребывания законного представителя ребенка при отказе от услуг или досрочном отъезде физических лиц определяется локальным нормативным актом Исполнителя (Положение о возврате денежных средств за услуги пребывания законного представителя ребенка, далее по тексту - Положение), с которым Заказчик ознакомлен перед заключением настоящего договора.

2.6. Заказчик проинформирован о правах по оказанию бесплатной медицинской помощи в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи и со ст.426 ГК РФ «Публичный договор».

# Права и обязанности сторон

3.1. **Исполнитель обязан:**

3.1.1. оказать Заказчику услугу надлежащего объема и качества;

3.1.2. предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге и режиме работы ГБУ РО "РДКС памяти В.И. Ленина", размещенную на информационной доске объявлений;

3.2. **Заказчик обязан:**

3.2.1. оплатить стоимость услуги в соответствии с разделом 2 настоящего договора;

3.2.2. соблюдать условия настоящего договора, правила внутреннего распорядка в учреждении Исполнителя;

3.2.3. не допускать порчи или хищения полученного имущества Исполнителя;

3.3. **Заказчик имеет право:**

3.3.1. требовать оказания услуги надлежащего объема и качества;

3.3.2. при невозможности получения услуги Пациент имеет право:

* переноса периода оказания услуг (перенос сроков заезда может производиться не более 2-х раз, в каждом случае оформляется заявление на депозит);
* замены получателя услуги на иное лицо (переоформление документов производится на получателя услуги, данные на которого предоставляются Пациентом);
* возможность замены услуги на другую, включенную в прейскурант Санатория;
* возможность предложения иных альтернативных вариантов решения по замене услуги (определяются в индивидуальном порядке по соглашению сторон);
* при невозможности решения вопроса по замене услуги, пациента, периода, иных вариантов, направить пакет документов для оформления возврата денежных средств.

3.3.3. отказаться по своему письменному заявлению от получения услуги с возвратом денежных средств на следующих условиях:

3.3.3.1. При возврате денежных средств стоимость пребывания законного представителя ребенка делению на части (на услуги питания, проживания, услуги досуга) не подлежит. При получении услуг пребывания законного представителя ребенка за Пациентом бронируется номер, Пациент включается в план питания, в заселении другим желающим отказывается.

При отказе от оказания услуг без уважительных причин Исполнитель несет затраты, убытки (реальные или упущенную выгоду), в связи с чем, возврат денежных средств осуществляется на следующих условиях:

а) При отказе пациента от заселения более чем за 5 календарных дней до момента заселения производится возврат денежных средств в размере 100%.

б) При отказе пациента от заселения менее чем за 5 календарных дней до момента заселения производится возврат денежных средств за вычетом 20% от произведенной оплаты.

в) Возврат денежных средств Пациенту при его досрочном выезде после заселения без уважительных причин (отказа от оказания услуг) производится за вычетом стоимости услуги за фактические дни проживания и стоимости 3 дней проживания.

3.3.3.2. При отказе Пациента от оказания услуг по уважительным причинам, указанным в п.2.3. Положения, (если при этом не достигнуто согласие Пациента на альтернативные предложения, указанные в п.3.2.) возврат денежных средств производится в размере 100% (в случае, если отказ имел место до заселения), а при досрочном выезде после заселения возврат производится за вычетом стоимости услуг за фактические дни проживания.

3.4. **Исполнитель имеет право:**

3.4.1. требовать своевременной оплаты услуг;

3.4.2. отказаться от исполнения настоящего договора (в одностороннем порядке расторгнуть договор) при нарушении Заказчиком условий получения услуг, с возвратом Заказчику денежных средств за недополученные услуги (применяются положения о выезде без уважительных причин).

3.4.3. требовать возмещения убытков, понесенных Исполнителем по вине Заказчика (порча, хищение имущества и т.д.)

# Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим гражданским законодательством РФ.

# Порядок расторжения договора

5.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон или по инициативе одной из сторон в соответствии с условиями настоящего договора и Положения.

5.2.Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

# Срок действия договора

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

# Прочие условия

7.1. Настоящий договор составлен в двух подлинных экземпляров по одному для каждой из сторон.

7.2. В случае необходимости изменить условия данного договора, составляется дополнительное соглашение, подписанное сторонами и являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

7.3. Принимаемая Заказчиком палата им осмотрена, соответствует всем предъявляемым им требованиям. Претензий со стороны Заказчика никаких к палате не имеется.

7.4. Споры и разногласия, возникшие в результате исполнения настоящего договора, разрешаются Администрацией "Исполнителя". При не достижении согласия - в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.5. Стороны дают свое согласие на обработку персональных данных в соответствии действующим законодательством РФ.

7.6. Во всем ином, что не предусмотрено условиями настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**8. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**    Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский клинический санаторий памяти В.И. Ленина»  (ГБУ РО «РДКС памяти В.И. Ленина»)  Юридический адрес: 390021, г. Рязань, ул. Санаторий (Солотча), д. 3  ОГРН 1026201270138,  ИНН 6231012981/ КПП 623401001 телефон (4912) 28-81-90, 28-81-71, факс 28-81-73 Банковские реквизиты  Получатель: Минфин Рязанской области (ГБУ РО  «РДКС памяти В.И. Ленина», л/с 20596Э45750)  Казначейский счет: 03224643610000005900  ОТДЕЛЕНИЕ РЯЗАНЬ БАНКА РОССИИ//УФК по  Рязанской области г. Рязань  ЕКС 40102810345370000051, БИК 016126031    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ермакова Е.В.  МП | **Заказчик:**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (Подпись) ФИО |

|  |
| --- |
| С Положением о возврате денежных средств за услуги пребывания законного представителя ребенка перед заключением настоящего договора ознакомлен, согласен  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (Подпись) ФИО |

**Согласие на обработку персональных данных.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу

(регистрации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РО «Рязанский детский клинический санаторий памяти В.И. Ленина» (ГБУ РО «РДКС памяти В.И. Ленина») (далее Оператор), расположенного по адресу: г. Рязань, ул. Санаторий, д. 3 , моих персональных данных/персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и других данных в медико-профилактических целях, в целях установления заболевания, случаях обращения за медицинской помощью и других данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять медицинскую тайну. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право Оператору передавать мои (моего ребенка) персональные данные другим должностным лицам в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая, сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включение в списки (реестры и т.д.) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по ОМС (договорам ДМС), обменивается персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС и т.д..

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими/моего ребенка персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Я согласен, что мои/моего ребенка персональные данные (перечень персональных данных),будут внесены в перечень общедоступных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте Заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, оператор обязан прекратить обработку персональных данных в срок, не превышающий тридцати рабочих дней с даты поступления указанного отзыва, но не ранее, чем в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать любые вопросы по обработке моих персональных данных Оператору.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

С правилами ознакомлен (а)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата подпись ФИО

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский клинический санаторий памяти В.И. Ленина»**  **ИНН 6231012981 КПП 623401001** | | | | | |
|  | **390021, Рязанская обл., ул. Санаторий, д. 3, тел.:(4912) 28-81-71** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Акт от « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.** | | | | | |
|  | **об оказании услуг** | | | | | |
|  | Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Рязанский детский клинический санаторий памяти В.И. Ленина» (Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серия 62 №002368885 от 17.08.1994 г.; свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 62 №001838020 от 21.12.2002 г. выданы Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Рязанской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г., с одной стороны и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | |
|  | В соответствии с договором на оказание платных дополнительных услуг № \_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г., Исполнителем оказаны следующие  дополнительные услуги: | | | | | |
|  | **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
|  | 1 | Пребывание законного представителя ребенка (питание, проживание) | койко-день |  |  |  |
|  | | | | | |  |
|  | *Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | | | | | |
|  | Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | От исполнителя: |  |  |  |
| (должность) | | | | (подпись) | | (расшифровка подписи) | |
| М.П. | | |  |  |  |  |
|  | От заказчика: |  |  |  |  |  |
|  | | | | (подпись) | | (расшифровка подписи) | |