Приложение № 2

к ПОЛОЖЕНИЮ

о порядке и условиях предоставления

платных услуг в АУ СОН ТО «Областной

центр реабилитации инвалидов»

**Договор № \_\_\_\_**

**возмездного оказания услуг**

г. Тюмень «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области «Областной центр реабилитации инвалидов»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и

Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество потребителя)

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, действующий (-ая) от своего имен и в своих интересах, или в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия, имя, отчество ребенка], в дальнейшем именуемый **«Потребитель»**, с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Потребителю) на платной основе в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных услуг, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего договора, следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование услуги** | **Количество оказанных услуг** | **Стоимость услуги (руб.)** | **Общая сумма (руб.)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1.2. Основанием для оказания настоящих услуг является желание и согласие гражданина на оказание платных услуг и заключение договора возмездного оказания услуг.

1.3. Изменения стоимости оказываемых услуг, согласно Прейскуранту цен на оказание платных услуг, действующего у Исполнителя, своевременно доводятся до Заказчика (Потребителя).

В момент подписания настоящего Договора Заказчик (Потребитель) ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись) (Расшифровка подписи)

1.4.Услуги по настоящему договору оказываются в срок с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения договора и в период его действия предоставлять Заказчику (Потребителю) достоверную информацию о себе и об оказываемых платных услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора.

2.1.2. Довести до Заказчика (Потребителя) информацию, содержащую сведения о предоставлении платных услуг в порядке и объеме, которые предусмотрены Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

2.1.3. Своевременно, в полном объеме и качественно оказывать Заказчику (Потребителю) услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.4. Обеспечить Заказчика (Потребителя) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте и условиях оказания услуг, режиме работы учреждения и правилах внутреннего распорядка.

2.1.5. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора, Исполнитель обязан немедленно извещать об этом Заказчика (Потребителя).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания услуг, назначать конкретных исполнителей.

2.2.2. Требовать возмещения материальных потерь с Заказчика (Потребителя) в случае причинения им ущерба имуществу Исполнителя.

2.3. Заказчик (Потребитель) обязуется:

2.3.1. Своевременно производить оплату в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, действующего у Исполнителя.

2.3.4. Возмещать материальные потери, в случае причинения Заказчиком (Потребителем) ущерба имуществу Исполнителя.

2.3.5. Давать информацию Исполнителю о своем самочувствии, сообщать о неожиданных переменах в состоянии здоровья в период получения реабилитационных услуг.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. На выбор персонала, оказывающего платные услуги.

2.4.3. Пользоваться имуществом Исполнителя, необходимым для оказания услуг.

2.4.4. Вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии (при наличии обязательного лицензирования вида деятельности, в соответствии с действующим законодательством), сертификата и квалификации исполнителя, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.5. Вправе требовать возмещения денежных средств за оплаченную Заказчиком (Потребителем) услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана.

2.4.6. Отказаться от исполнения договора в любое время до подписания акта, уплатив Исполнителю часть установленной цены пропорционально части оказанных Услуг, выполненных до получения извещения об отказе Заказчика от исполнения договора.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1.Цена настоящего договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сумма прописью)

3.2. Стоимость услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Заказчиком (Потребителем) в соответствии с п.1.3. настоящего Договора.

3.3. Заказчик (Потребитель) оплачивает медицинские услуги в порядке 100% предоплаты в размере стоимости, указанных в пункте 1.1. настоящего договора, услуг путём перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

4.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Заказчиком.

4.3. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Заказчику (Потребителю) реабилитационные услуги, включая сохранение тайны о факте его обращения за услугами, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии со ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»,

5.2. За нарушение прав Заказчика (Потребителя) Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.3. 5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Потребителем) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.5. Заказчик (Потребитель) несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Заказчика (Потребителя). В этом случае Заказчик (Потребитель) также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

6.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика (Потребителя) за услугами, состоянии его здоровья, диагнозе, сведениях, полученных при оказании услуг.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

7.1. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7.2. Исполнитель считается исполнившим обязательство, после подписания акта оказанных услуг, который содержит полный перечень оказанных услуг и их стоимость (Приложение к настоящему договору).

7.3. Заказчик считается исполнившим обязательство, указанное в пункте 3.3. настоящего договора, с даты поступления денежных средств в размере, указанном в пункте 3.1. настоящего договора, на лицевой счет или в кассу Исполнителя.

7.4. В случае отказа Заказчика (Потребителя) от медицинских услуг Исполнитель возвращает ему денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»:**  **Автономное учреждение социального**  **обслуживания населения Тюменской**  **области «Областной центр реабилитации**  **инвалидов»,**  ИНН7204120041 КПП 720401001  Адрес: 625001, г.Тюмень, ул.Уральская,д.60 корпус1 Тел.(4352) 43-13-53,69-45-13  Департамент финансов Тюменской области  (АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» ЛС 001050866 ОЦРИ) в в Отделение Тюмень, г. Тюмень  р/с 40601810400003000001  БИК 047102001  E-mail: orci72@yandex.ru  Тел.: 8(3452) 43-13-53 | **«Заказчик»:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность: серия, №, кем выдан, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи документа)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства или адрес места пребывания)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (контактный телефон) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (справка МСЭ, при наличии инвалидности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись «Заказчика») |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (Подпись) (Фамилия, инициалы)  М.П. |  |

Приложение к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**А К Т**

**об оказании услуг**

г. Тюмень «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**АУ СОН ТО** **«Областной центр реабилитации инвалидов»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, заключили настоящий акт об оказании платных услуг о нижеследующем:

1.1. За период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г Заказчику (Потребителю) оказаны следующие платные услуги в соответствии с условиями указанного Договора:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование услуги** | **Количество услуг** | **Стоимость услуги, рублей** | **Сумма, рублей** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого: |  |  |  |  |

**Итого Исполнитель оказал, а Заказчик (Потребитель) получил услуги на общую сумму:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( сумма прописью)

**Исполнитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, инициалы)

М.П.

**Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, инициалы)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г

**Согласие гражданина**

**на оказание платных услуг и**

**заключение возмездного договора оказания услуг**

Я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО прописывается собственноручно полностью, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные)

до получения платной услуги в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов услуг без взимания платы, в рамках реализации Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов;

- о перечне платных услуг, предоставляемых АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о работниках, участвующих в предоставлении платных услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере защиты прав потребителей, так и в сфере социального развития (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных услуг;

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» на осуществление медицинской и образовательной деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую и образовательную деятельность Исполнителя в соответствии с лицензиями;

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных услуг;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работника, предоставляющего платную услугу), может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов услуг, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов».

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных услуг, которые я хочу получить в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные услуги Исполнителя и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания гражданину бесплатных услуг в рамках Постановления правительства Тюменской области от 3 октября 2014 г. № 510-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Тюменской области» в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов», хочу воспользоваться своим правом на получение платных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных услуг в АУ СОН ТО «Областной центр реабилитации инвалидов» и на заключение договора возмездного оказания услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)