

Пациент уведомлен, что несоблюдение указаний врача, предоставляющего платную услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента _____ (подпись пациента)

ДОГОВОР **на оказание платных стоматологических услуг**

г.Кушва _____

_____ 2023 год

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Кушвинская стоматологическая поликлиника», действующее на основании лицензии № Л041-01021-66/00310706 от 23.12.2016г. (перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с лицензией: 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; 2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности), выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (620014 г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. (343) 312-00-03, www.kushvastom.ru, minzdrav.midural.ru; Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 06 марта 2013 года, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 27 по Свердловской области, ОГРН 1026601301286, ОКВЭД 86:23, в лице главного врача Соколова Николая Васильевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданина _____,

документ удостоверяющий личность _____,
проживающий(ая) по адресу _____,

плательщик:

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан, и лиц, признанных недееспособными:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

документ удостоверяющий личность представителя: _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент (потребитель)», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Исполнитель обязуется поручить врачу оказать Пациенту медицинские услуги доврачебной медицинской помощи: по сестринскому делу, рентгенологии; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: по стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии детской, стоматологии хирургической, ортодонтии, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю, а Пациенту их оплатить.

1.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения.

1.3.Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану

лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья пациента в момент оказания услуги.

1.4. Исполнитель оказывает услуги Пациенту в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Пациента на момент заключения данного договора.

2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

2.1. Оказать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами.

2.2. С письменного согласия Пациента провести клиническое обследование и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

2.3. Информировать Заказчика о стоимости услуги до ее оказания _____ подпись.

2.4. Предоставить Пациенту информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а так же используемых медицинских препаратах и изделиях.

2.5. Назначить врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Пациента, назначить другого врача для проведения лечения.

3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:

3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.

3.2. Исполнитель оставляет за собой право обратиться в полицию, если пациент пришел на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и нарушает общественный порядок в поликлинике.

4. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА:

4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

4.2. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.

4.3. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.5. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.

5. ПРАВА ПАЦИЕНТА:

5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

5.3. В любое время отказаться от лечения, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

5.4. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

7.2. Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашении.

7.3. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

7.4. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

7.5. Стоимость ортопедических, ортодонтических конструкций и иных дорогостоящих материалов и изделий оплачивается частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения.

7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции производится за счет Пациента в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

7.7. В случае внесения 100% предоплаты, и одностороннего отказа Пациента от продолжения лечения, Исполнитель вправе вернуть часть денежных средств за не оказанные услуги, пересчитав внесенную Пациентом 100% предоплату.

7.8. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

8. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

8.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом условий настоящего Договора.

8.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

8.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

9.4. Пациент (потребитель) дает свое согласие Исполнителю на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и факта обращения за медицинской помощью в целях «соблюдения исполнения условий данного договора при обращении в суд»

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в течении календарного года

10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 15 календарных дней до даты расторжения.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

11.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом.

11.4. Пациенту, имеющему право на медицинскую стоматологическую помощь в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), право на льготное зубопротезирование или иные льготы, предусмотренные действующим законодательством РФ, и добровольно изъявившему желание получить услугу на платной основе по настоящему договору (в т.ч. анонимно) уплаченные денежные суммы за услуги по настоящему договору возврату не подлежат.

11.5. В соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ Стороны пришли к соглашению об использовании «Исполнителем» в лице главного врача ГАУЗ СО «СП г. Нижний Тагил» факсимильного воспроизведения подписи. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для исполнения, заключения или прекращения договора.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ГАУЗ С «Кушвинская СП»
ОГРН	1026601301286
ИНН/КПП	6620006564/668101001
Фактический адрес: Юридический адрес:	624300, Свердловская область, город Кушва, улица Союзов, д.19 624300, Свердловская область, город Кушва, улица Союзов, д.19
р/с	Уральское ГУ Банка России/УФК по Свердловской области г. Екатеринбург Единый казначейский счет № 40102810645370000054 Казначейский счет № 03224643650000006200 Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «Кушвинская СП») л/с 33013006400
БИК	016577551
Главный врач Соколов Николай Васильевич	

ПАЦИЕНТ: ФИО	
Контактный тел.:	
Подпись Пациента:	
Законный представитель: ФИО	
Подпись законного представителя:	

АКТ выполненных работ
к договору на оказание платных стоматологических услуг
от _____ 2023 года

_____ 2023 год

Пациент: _____

Адрес: _____

Объем работы: _____

№ п/п	Оказанная услуга	Количество, шт.	Количество УЕТ	Стоимость, руб.

Всего к оплате: _____

Исполнитель:

Главный врач _____ Н.В. Соколов

Лечащий врач _____

Медицинская сестра _____

Уборщик _____

Пациент:

Кассир _____