

До заключения договора Исполнитель уведомляет:

-несоблюдение назначений и рекомендаций медработника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в т. ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

-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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ФИО

Подпись

Договор
на оказание платных стоматологических услуг № 001335

г. Белгород

« _____ » _____ 202 ____ год

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника города Белгорода», в лице администратора-кассира/медицинского регистратора-кассира действующего на основании Доверенности № 87/1 от « 25.09.2013 », именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и

Заказчик _____ (ФИО)

физическое/юридическое лицо, имеющее намерение приобрести медицинскую услугу в пользу

Потребителя _____

(физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором).

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является **Пациентом**, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Сведения о Сторонах:

Сведения об Исполнителе:

1. Полное наименование: Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника города Белгорода», сокращенное наименование: ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода»;
2. Адрес места нахождения: 308000, г. Белгород, пр-т Славы, 58;
3. Адрес места оказания медицинских услуг: **308000, г. Белгород, пр-т Славы, 58, г. Белгород, ул. Щорса, 43.**
4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1023101667512, дата регистрации – 28.11.1995г., данные о регистрирующем органе – ИФНС по г. Белгороду, ИНН 3123027512. Регистрационный номер лицензии ЛО41-01154-31/00340592, выдана: Министерство здравоохранения Белгородской области (г. Белгород, Народный бульвар, д.34 «А», (4722)23-58-56), лицензируемые виды деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

1. Предмет договора

1.1. В рамках настоящего договора Исполнитель оказывает услуги по стоматологии хирургической, стоматологии детской, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии общей практики в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи и утвержденного прейскуранта, а Заказчик (Потребитель) обязуется своевременно оплатить стоимость медицинских услуг. Оказанные медуслуги отражаются в медицинской документации Потребителя.

1.2. Конкретный перечень фактически оказанных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объемы работ и услуг, сроки оказания, стоимость услуг, сведения о специалистах непосредственно оказывающих эту услугу, указываются в Актах выполненных работ к договору, подписанному Сторонами.

2. Условия и срок оказания услуг

2.1. Услуги Исполнителем Потребителю оказываются лично либо с привлечением третьих лиц.

2.2. До оказания услуг Заказчик (Потребитель) сообщает достоверные сведения о состоянии здоровья, заполняет Анкету здоровья, подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случае одновременного прохождения Потребителем медицинских процедур в другом медицинском учреждении Заказчик (Потребитель) обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя.

2.3. В случае при предоставлении дополнительных услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Потребителя)

Срок оказания услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения лечения определяются исходя из конкретной клинической ситуации пациента. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого определяется индивидуально) и фиксируется в медицинской документации, которая представляет собой неотъемлемую часть договора. Медицинские услуги оказываются в течение действия настоящего договора.

3. Порядок расчетов

3.1. Стоимость лечения определяют исходя из согласованного с Заказчиком (Потребителем) плана лечения и в соответствии с прейскурантом, размещенным на сайте www.detstombel.belzdrav.ru и на информационных стендах Исполнителя, который действует на момент оказания услуги и составляет сумму оплаченных Актов оказания услуг.

3.2. Оплата Заказчиком (Потребителем) производится наличным платежом в кассу, с использованием банковской карты, по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу или с использованием банковской карты Исполнитель обязан выдать Заказчику (Потребителю) документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющийся бланком строгой отчетности).

3.4. Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Заказчиком (Потребителем), страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом наличным или безналичным путем на основании счета (счета-фактуры, иного платежного документа), выписанного Исполнителем.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан по требованию Заказчика (Потребителя) предоставить информацию:

4.1.1. о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

4.1.2 об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Исполнитель имеет право самостоятельно определять вид вмешательства, диагностические исследования, назначения лекарственных препаратов с учетом состояния Потребителя, течение заболевания и фиксируется в медицинской документации.

4.2.2. Исполнитель с согласия Заказчика (Потребителя) вправе допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

4.2.3. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для проведения лечения, с согласия Потребителя (Заказчика).

- 4.2.4. Отменить (отсрочить) оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
- 4.2.5. Установить гарантийные обязательства в соответствии с Положением о предоставлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода»
- 4.2.6. Получать от Потребителя (Заказчика) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
- 4.2.7. Исполнитель вправе приостановить исполнение обязательств по договору или отказаться от исполнения обязательств по договору при нарушении сроков оказания медицинской услуги по вине пациента и потребовать от пациента возмещения убытков (ст. 328 и 719 ГК РФ, п. 6 ст. 28 Закона о защите прав потребителей)».

4.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

- 4.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно условиям договора.
- 4.3.2. Выполнять рекомендации (назначения), режим лечения, назначенные врачом.
- 4.3.3. Соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
- 4.3.4. Удостоверить личной подписью информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, предварительный план лечения, акт приемки-сдачи оказанных услуг, анкету здоровья.
- 4.3.5. С целью соблюдения гарантийных обязательств незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия, возникших в процессе лечения, не прибегая к помощи других лечебных учреждений (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях), в случае обращения в другие стоматологические учреждения предоставить выписку (медицинское заключение).
- 4.3.6. Соблюдать Правила поведения в медицинской организации.
- 4.3.7. Посещать учреждение Исполнителя 1 раз в 6 месяцев для планового профилактического осмотра, если иные сроки не указаны лечащим врачом.

4.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

- 4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге.
- 4.4.2. На получение качественной услуги в полном объеме, соответствующей стандартам, порядком оказания услуг, с соблюдением санитарных и гигиенических норм.
- 4.4.3. По заявлению Потребителя (Законного представителя Потребителя) получать на руки медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) без взимания дополнительной платы в течение 7 (семь) рабочих дней.

5. Ответственность Сторон

- 5.1. Стороны несут ответственность по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору по основаниям, предусмотренным ст. 13 Закона о защите прав потребителей, ст. 401 ГК РФ.
- 5.3. Споры и разногласия Сторон, связанные с неисполнением либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств, будут разрешаться путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

6. Порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
- 6.2. Досрочное расторжение договора может иметь место по соглашению Сторон либо на основаниях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. Заключительные положения

- 7.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен: с действующим Прейскурантом на медицинские услуги ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», Положением о предоставлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», Правилами поведения в медицинской организации ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», «Положением о порядке организации и предоставления платных медицинских услуг ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода», условиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи.

7.2. Подписывая настоящий договор, Пациент (его представитель) предупрежден: об осуществлении Исполнителем видеосъемки во время оказания Услуг в целях контроля качества оказания Услуг (угроза жизни и здоровью пациента) и повышения уровня удовлетворенности Пациента (его представителя) качеством и сервисом оказываемых Исполнителем Услуг. При этом Исполнитель гарантирует конфиденциальность видеоматериала с Пациентом (его представителем) и защиту его в соответствии с требованиями ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

7.3. После подписания настоящего Договора его действия распространяются на все случаи обращения Заказчика к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг. Срок действия настоящего договора устанавливается с « ____ » _____ 20 ____ г. по « ____ » _____ 20 ____ г. включительно (календарный год). Если за 30 календарных дней истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он продолжает действие на следующий срок такой же продолжительностью.

7.4. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя (его представителя). В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя.

7.5. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Адреса и подписи Сторон:

ОГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Белгорода» г. Белгород, пр-т Славы, 58 ИНН 3123027512 КПП 312301001 ОГРН 1023101667511 8(4722) 27-15-50 От имени «Исполнителя» _____ (подпись) _____ (расшифровка) 	ПОТРЕБИТЕЛЬ _____ _____ Паспорт, свидетельство о рождении (серия, номер) _____ Кем выдан _____ Адрес (по прописке) _____ Телефон _____ _____ (подпись) / _____ (расшифровка)	ЗАКАЗЧИК _____ _____ Паспорт (серия, номер, кем выдан) _____ ОГРН, ИНН _____ Юр. адрес /Адрес (по прописке) _____ Телефон _____ _____ (подпись) / _____ (расшифровка)
---	---	--