УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

С данным уведомлением ознакомлен _____20_____г.

Потребитель (Заказчик) _____

Ф.И.О. Роспись

ДОГОВОР №
возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг

г. Красноуфимск «_____»_____20____ г.

ГАУЗ СО «Красноуфимская стоматологическая поликлиника» г. Красноуфимск, ул. Ухтомского 27, (фактический адрес: ул. Свободы, 22, ул. Ухтомского, 27), действующая на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ от 8 декабря 2015 года, выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по Верх-Исетскому району г. Екатеринбурга, действующей на основании Устава, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности (№ ЛО-66-01-003732 от 03.12.2015г.), выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34 б, 8-343-312-000-3) на работы (услуги) выполняемые:

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
- рентгенологии;
- сестринскому делу;
- стоматологии;
- стоматологии ортопедической;

2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
- организации здравоохранения и общественному здоровью;
- ортодонтии;
- стоматологии детской;
- стоматологии общей практики;
- стоматологии ортопедической;
- стоматологии терапевтической;
- стоматологии хирургической

в лице главного врача Барахвостовой Марии Владиславовны, в дальнейшем именуемое ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны и

гражданин (ка)_____, именуемый (-ая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, с другой стороны и

гражданин (ка)_____, именуемый (-ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. ПАЦИЕНТ поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить работы по оказанию платной стоматологической помощи

1.2. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в кабинетах поликлиники, оснащенных необходимым оборудованием, инструментарием, материалами, разрешенными к применению на территории РФ.

2.1.2. Предоставить пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

2.1.3. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте ПАЦИЕНТА.

2.1.4. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с ПАЦИЕНТОМ, а также врачебную тайну.

2.1.5. Предоставлять гарантию на оказываемые услуги в соответствии с Положением о предоставлении гарантии.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для планирования и осуществления лечения ПАЦИЕНТА.

2.2.2. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения третьим лицам по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими.

2.2.3. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

2.2.4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.5. Требовать у ПАЦИЕНТА получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.6. Отказать в приеме (или переназначить) ПАЦИЕНТА (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если действия ПАЦИЕНТА угрожают жизни и здоровью персонала;
- опоздания на прием более 15 минут;
- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других ПАЦИЕНТОВ;
- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники.

2.2.7. Отказать ПАЦИЕНТУ в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием места жительства и паспортных данных.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.

2.3.1. Обращаться в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий; приходить на профилактические и контрольные обследования и осмотры в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить ИСПОЛНИТЕЛЯ о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы.

2.3.7. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

2.3.8. Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого ПАЦИЕНТА без гарантии качества со стороны врача.

2.3.9. Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство;

2.3.10. Ознакомиться и подписать соглашение на обработку персональных данных;

2.3.11. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений;

2.4. Права ПАЦИЕНТА.

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими ПАЦИЕНТАМИ.

2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.3. Требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).

3. Цена договора и порядок расчетов.

3.1.1. Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте и указывается в приложении №1 к данному договору.

3.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПАЦИЕНТА о стоимости работ до ее начала.

3.1.3. ПАЦИЕНТ оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.
3.1.4 ПАЦИЕНТ проинформирован о возможности оказания услуг по программе ОМС.
3.1.5 ПАЦИЕНТУ имеющему право лечения в рамках программы ОМС и желающему получить платные услуги по настоящему договору, оплаченные денежные суммы возврату не подлежат.

Ф.И.О. пациента _____ Подпись пациента_____

4. Срок действия договора.
4.1.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.
4.1.2. Срок действия договора соответствует сроку оказания медицинских услуг.
5. Прекращение и расторжение договора.
5.1.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ.
5.1.2. ПАЦИЕНТ имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по прейскуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.
5.1.3. Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендаций медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносилен одностороннему расторжению договора.
5.1.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.
5.1.5. Неоплата услуги (или ее части, отраженной в прейскуранте) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора.
5.1.6. Возобновление расторгнутого договора не производится.
6. Дополнительные условия.
6.1.1. ПАЦИЕНТ должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним, возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны ПАЦИЕНТА.
6.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПАЦИЕНТУ гарантию на все виды работ, в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказываемые в ГАУЗ СО «Красноуфимская стоматологическая поликлиника» за исключением работ по следующим разделам стоматологии: хирургические стоматологические операции, зубная имплантация, лечение каналов зубов (эндодонтия), отбеливание зубов.
6.1.3.Гарантийные сроки устанавливаются ИСПОЛНИТЕЛЕМ с учетом индивидуальных особенностей лечения ПАЦИЕНТА.
6.1.4. Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.
6.1.5. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершенны в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
6.1.6. По письменному заявлению ПАЦИЕНТА ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет копию медицинской документации или выписку о проведенном лечении.
7. Ответственность сторон.
7.1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.
7.1.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.
7.1.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ПАЦИЕНТОМ в случае:
- возникновения у ПАЦИЕНТА в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением ИСПОЛНИТЕЛЕМ лечебных технологий: рецидивов периодонтитов, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и другое;
- осложнений по причине неявки ПАЦИЕНТА в указанный срок;
- возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии;
- переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим ПАЦИЕНТОМ.

8. Разрешение споров

8.1.1. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

8.1.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. Адреса и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»
ИНН 6619003544/КПП 661901001
623300, г. Красноуфимск, ул. Ухтомского, 27
ОГРН 1026601229258
Главный врач _____
Барахвостова М.В.

ЗАКАЗЧИК
ФИО _____
Адрес: _____
_____
Паспорт: серия _____ номер _____
_____
_____
Подпись: _____

ПАЦИЕНТ
ФИО _____
_____
Адрес: _____
_____
Паспорт: серия _____ номер _____
_____
_____
Подпись: _____
Телефон: _____

Приложение № 1 к договору № _____ о возмездном оказании медицинских услуг

Дата	Диагноз	Стоимость работы	Стоимость материала	Общая сумма	Подпись врача	Фамилия врача	Подпись пациента

ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № _____
на оказание платных медицинских услуг

от «_____»_____201___г.

ГАУЗ СО «Красноуфимская стоматологическая поликлиника», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», действующее на основании лицензии № ЛО-66-01-003732 от 03.12.2015 г. в лице главного врача Барахвостовой Марии Владиславовны, действующего на основании Устава и «Потребитель»

_____

заключили настоящий договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЁМА УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТА

От лица «Исполнителя»_____

специалист, оказывающий платные услуги (ф., и., о.)

берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в следующем объёме:

Наименование медуслуги	Количество	Срок исполнения	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

1.2 . «Потребитель» _____ обязан:

(ф., и., о.)

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги;
- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

ПРАВА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой, «Потребитель» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.
2. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение трех суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:
- назначить новый срок оказания услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной услуги;
- определить другого специалиста для исполнения услуги;
- возместить убытки «Потребителю».
3. В случае неудовлетворенности «Потребителя» решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителя».
4. При лечении осложненных форм кариеса могут возникнуть обострения и осложнения, о чем пациент предупрежден.
5. «Исполнитель» обязуется устранять за свой счет все недостатки стоматологических услуг, возникшие по его вине в течение установленного гарантийного срока и в случаях, оговоренных в «Положении о гарантийных сроках на различные виды лечения».

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:

«Исполнитель»	«Потребитель»
ГАУЗ СО «Красноуфимская стоматологическая поликлиника»	_____
Юридический адрес: 623300 Свердловская обл.	_____
г. Красноуфимск, ул. Ухтомского, 27	_____
	ф., и., о.

Главный врач: М.В. Барахвостова

Место печати

Эта часть заполняется после оказания услуг.

Услуги оплачены. Претензий нет. «Потребитель» _____

подпись, ф., и., о.

«_____»_____201___г.

Примечание: Договор составляется в двух экземплярах, один из которых хранится у «Потребителя».