**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

государственное автономное учреждение здравоохранения

Свердловской области

**«Красноуфимская стоматологическая поликлиника»**

**(ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»)**

**ПРИКАЗ**

«31» августа 2023 г. № 118

г. Красноуфимск

***О внесении изменений в Приказ № 48 от 31.03.2023 г. «Об утверждении формы договора на оказание платных услуг, порядке его заключения и хранения в ГАУЗ СО «Красноуфимская СП***

В целях реализации требований Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты правительства российской федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Изложить Приложение 1 (форма срочного договора возмездного оказания медицинских услуг взрослому населению) и Приложение 2 (форма срочного договора возмездного оказания медицинских услуг детскому населению) приказа № 48 от 31.03.2023 г. в новой редакции.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 01 сентября 2023 года.

3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач М.В. Барахвостова

Приложение 1

Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что до подписания договора он уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (размещены на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/) **и** наинформационных стендах Исполнителя).

Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что до подписания договора он информирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя (в соответствии с п. 24 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023г.)

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

**ДОГОВОР №**

**возмездного оказания медицинских услуг**

г. Красноуфимск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника»,** (ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»), лицензия на право осуществления медицинской деятельности (№ Л041-01021-66/00302583 от 03.12.2015г.), выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, бессрочно, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_, с

 (фио)

одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ф.и.о. пациента)

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель» (законный представитель**, действующий в интересах Потребителя, и на основании документа удостоверяющего положение законного представителя (свидетельства о рождении, паспорта родителей, удостоверение опекуна, документа об усыновлении или попечительстве, доверенности, удостоверенной нотариусом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ф.и.о. заказчика)

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»,** с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные), далее «Услуги», а Потребитель (Законный представитель) обязуется их оплатить. Конкретный перечень услуг, их объем и стоимость согласуются сторонами отдельно, в каждом конкретном случае по мере обращения Потребителя (Законного представителя) к Исполнителю, и является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение 1).

Услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ РФ № 804н от 13.10.2017 г., и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

1.2. Услуги оказываются в соответствии с имеющейся лицензией № Л041-01021-66/00302583 от 03.12.2015г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34Б тел. (343) 312-00-03).

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* рентгенологии;
* сестринскому делу;
* стоматологии;
* стоматологии ортопедической;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
* ортодонтии;
* стоматологии детской;
* стоматологии общей практики;
* стоматологии ортопедической;
* стоматологии терапевтической;
* стоматологии хирургической.

1.3. Исполнитель уведомляет Потребителя (Законного представителя) об альтернативной возможности получения Услуг за счет бюджетных и иных средств в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.4. Исполнитель информирует Потребителя (Законного представителя) о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи путем размещения на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/) **и** наинформационных стендах Исполнителя, а также о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг составляют:

- время ожидания приема врачами-стоматологами для проведения консультации не должно превышать 14 календарных дней с момента обращения;

- время ожидания врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме не должно превышать 30 календарных дней с момента обращения;

- время ожидания проведения рентгенографических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должно превышать 14 календарных дней со дня назначения.

**2. Обязательства сторон.**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Предоставить Потребителю (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, изложенных в Информированном добровольном согласии на данную медицинскую услугу.

2.1.2. Обеспечить применение только разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по желанию Потребителя (Законного представителя).

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество оказанных медицинских услуг, при этом под качеством медицинской услуги понимается характеристика медицинской услуги, свидетельствующая о наличии в услуге потребительских свойств, которые соответствуют нуждам Потребителя (Законного представителя) и потенциально способны удовлетворить эти нужды непосредственно в момент ее оказания или в иной прогнозируемый временной период после ее окончания. Надлежащее качество услуги определяется совокупностью трех условий:

- Потребителю правильно поставлен диагноз или правильно выявлена потребность в медицинской услуге;

- Исполнителем правильно выбрана медицинская технология, соответствующая диагнозу (или его потребности) с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания, аллергические реакции и т.д.) и финансовым возможностям Потребителя (Законного представителя);

- Медицинская технология выполнена с соблюдением обычно предъявляемых к ней требований или требованиям, установленным законом (при их наличии).

2.1.7. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, Исполнитель информирует об этом Потребителя (Законного представителя), согласовывая их вид, объем и сроки дополнительно.

**2.2. Потребитель (Законный представитель, Заказчик) обязуется:**

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг. Заботиться о сохранении своего здоровья.

2.2.4. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Самостоятельно определять медицинские технологии (набор медицинских услуг), исходя из клинической ситуации, диагноза, иных значимых медицинских обстоятельств, согласовав их объем, стоимость и сроки выполнения с Потребителем (Законным представителем) отдельно.

2.3.2. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по настоящему договору по согласованию с Потребителем (Законным представителем).

2.3.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема по согласованию с Потребителем (Законным представителем) направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

2.3.4. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной оплаты) Потребителем (Законным представителем) Услуг в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия ситуации, угрожающей жизни.

2.3.5. Если Потребитель (Законный представитель), несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги, либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков (в соответствии с абз. 2 ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

2.3.6. На медицинскую технологию, имеющую овеществленный результат, Исполнитель имеет право установить гарантийный срок и (или) срок службы, при этом Исполнитель определяет для Потребителя (Законного представителя) обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Данная информация изложена в **Положении о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказываемые в государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника»,** размещенном наинформационных стендах, а также на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/)**,** с которым Потребитель (законный представитель) ознакомился до подписания настоящего договора.

2.3.7. Гарантийный срок исчисляется с момента передачи результата работы Потребителю (законному представителю), подтвержденного подписанием акта выполненных работ (Приложение 2).

**2.4. Потребитель (Законный представитель) имеет право:**

2.4.1. На получение полной информации о результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть получена путем получения Потребителем (Законным представителем) на руки выписки из медицинской документации, результатов исследований и пр.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие Пациента (Законного представителя) на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания Услуг и подписание данного документа означает получение им всей необходимой для принятия решения информации.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских Услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения. В случае отказа Потребитель (Законный представитель) обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача. Потребитель (Законного представителя) соглашается с тем, что специальные виды лечения и диагностики будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

2.4.5. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.

2.4.6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

**3. Цена услуг и порядок расчетов.**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания платных медицинских услуг Потребителю (Законному представителю). Прейскурант может изменяться Исполнителем, с действующим прейскурантом Потребитель (Законный представитель) может ознакомиться у администраторов, на информационных стендах медицинской организации, а также на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет **https://dentclinik.ru/.** Согласованная с Потребителем (Законным представителем) стоимость оформляется приложением к настоящему договору и является его неотъемлемой частью (Приложение №1).

3.2. Оплата услуг производится Потребителем (Законным представителем) в рублях в наличной или безналичной формах путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.3. Оплата медицинских услуг производится Потребителем (Законным представителем) в полном объеме в день оказания услуги. С согласия Потребителя (Законного представителя) медицинские услуги могут быть оплачены им при заключении договора в полном размере или путем внесения аванса. По решению Исполнителя Потребителю (Законному представителю) может быть предоставлена возможность поэтапной оплаты Услуг.

3.4. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель (Законный представитель) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.5. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. Исполнитель и Потребитель (Законный представитель) несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Потребитель (Законный представитель) несет ответственность за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы с учетом того, что при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру исполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае несоблюдения Потребителем (Законным представителем) данных ему рекомендаций.

**5. Срок оказания услуг и срок действия договора.**

5.1. Договор вступает в силу со дня подписания его сторонами, и действует в течение одного календарного года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора не позднее, чем за две недели до его окончания договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год на тех же условиях.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг, согласованных дополнительно, и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения (к медицинской технологии).

**6. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации**

6.1. Обращения (жалобы) Потребитель (Законный представитель) может направлять в письменной форме одним из перечисленных способов:

- Исполнителю: почтовым отправлением по адресу: 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Свободы, д. 22; доставить лично по адресу 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Свободы, д. 22. Прием документов осуществляется ежедневно с 8.00 до 16.30 (кроме выходных, нерабочих и праздничных дней); по электронной почте: mlpu@bk.ru (в любой форме).

- В органы исполнительной власти и в контролирующие органы почтовым отправлением или по электронной почте. Перечень контролирующих органов, их почтовые адреса и адреса электронной почты размещены на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет https://dentclinik.ru/.

6.2. При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

**6. Дополнительные условия.**

6.1. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, в соответствии с законодательством РФ, либо по обоюдному согласию. Договор может быть расторгнут по решению Потребителя (Законного представителя) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Договор может быть изменен по соглашению сторон.

6.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем (Законным исполнителем) споры по настоящему договору разрешаются в претензионном порядке. Срок ответа на претензию - 10 дней со дня ее получения. При не достижении согласия Стороны передают спор на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

6.4. После исполнения договора исполнителем потребителю (законному представителю потребителя) по письменному запросу могут быть предоставлены копии медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях). Для получения копий медицинских документов Потребитель (законный представитель) оформляет запрос в регистратуре Исполнителя или у лечащего врача в письменной форме. Выдача копий медицинских документов осуществляется без взимания дополнительной платы. Срок выдачи медицинской документации составляет до 30 календарных дней.

6.5. Потребитель (Законный представитель) ознакомлен с Правилами предоставления платных медицинских услуг Исполнителя, Прейскурантом.

**7. Реквизиты и подписи сторон:**

Исполнитель:

Государственное автономное учреждение Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника» (ГАУЗ СО «Красноуфимская СП») адрес места нахождения и юридический адрес: 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Ухтомского, 27, Свободы, 22. ИНН 6619003544, КПП 661901001, ОГРН 1026601229258, Тел: факс (34394) 7-62-86, факс (34394) 7-62-87, эл.почта: mlpu@bk,ru, Банк получателя: Уральское ГУ Банка России //УФК по Свердловской области г. Екатеринбург: р/с 03224643650000006200, БИК 016577551. Получатель: Уральское ГУ Банка России //УФК по Свердловской области г. Екатеринбург, БИК 016577551, л/сч 32013007980, 33013007980, 31013007980

Потребитель (Законный представитель):

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

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

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

 (фамилия, имя отчество, паспорт, адрес места жительства и телефон)

Заказчик:

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

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

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

 (фамилия, имя отчество, паспорт, адрес места жительства и телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель:Администратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, МП) | Потребитель (Законный представитель):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента, законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, МП) |

Информированное согласие пациента

На получение платных медицинских услуг

Главному врачу

ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»

Барахвостовой М.В.

от

**(ФИО Потребителя (законного представителя)**

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

 (место жительства либо временного пребывания)

Я, нижеподписавш(-ий,-ая)ся **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** настоящим

 **(ФИО Потребителя (законного представителя)**

подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

по договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

Потребитель (Законный представитель) уведомлен 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.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель (законный представитель) (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись |
| Лечащий врач (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
| Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
|  |  |

Дата договора

Приложение 2

Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что до подписания договора он уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (размещены на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/) **и** наинформационных стендах Исполнителя).

Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что до подписания договора он информирован о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя (в соответствии с п. 24 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023г.)

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

ДОГОВОР №

возмездного оказания медицинских услуг

г. Красноуфимск «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 **Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника»,** (ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»), лицензия на право осуществления медицинской деятельности (№ Л041-01021-66/00302583 от 03.12.2015г.), выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности

(фио)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_,

с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ф.и.о. Потребителя)

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»,** дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ф.и.о. Заказчика)

именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», (**законный представитель**, действующий в несовершеннолетнего на основании документа удостоверяющего положение законного представителя (свидетельства о рождении, паспорта родителей, удостоверение опекуна, документа об усыновлении или попечительстве, доверенности, удостоверенной нотариусом)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель обязуется оказать **Потребителю** на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные), далее «Услуги», а **Потребитель (Заказчик)** обязуется их оплатить. Конкретный перечень услуг, их объем и стоимость согласуются сторонами отдельно, в каждом конкретном случае по мере обращения **Потребителя (Заказчика)** к Исполнителю, и является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение 1).

Услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом МЗ РФ № 804н от 13.10.2017 г., и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* рентгенологии;
* сестринскому делу;
* стоматологии;
* стоматологии ортопедической;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

* организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
* ортодонтии;
* стоматологии детской;
* стоматологии общей практики;
* стоматологии ортопедической;
* стоматологии терапевтической;
* стоматологии хирургической.

1.2. Услуги оказываются в соответствии с имеющейся лицензией № Л041-01021-66/00302583 от 03.12.2015г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. 34Б тел. (343) 312-00-03).

1.3. Исполнитель уведомляет **Потребителя (Заказчика)** об альтернативной возможности получения Услуг за счет бюджетных и иных средств в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.4. Исполнитель информирует Потребителя (Законного представителя) о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи путем размещения на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/) **и** наинформационных стендах Исполнителя, а также о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг составляют:

- время ожидания приема врачами-стоматологами для проведения консультации не должно превышать 14 календарных дней с момента обращения;

- время ожидания врачей-специалистов при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме не должно превышать 30 календарных дней с момента обращения;

- время ожидания проведения рентгенографических исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме не должно превышать 14 календарных дней со дня назначения.

**2. Обязательства сторон.**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить **Потребителю** (несовершеннолетнему, при достижении 15 летнего возраста) достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, изложенных в Информированном добровольном согласии на данную медицинскую услугу.

2.1.2. Обеспечить применение только разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по желанию **Потребителя** (Несовершеннолетнего, при достижении 15 летнего возраста).

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество оказанных медицинских услуг, при этом под качеством медицинской услуги понимается характеристика медицинской услуги, свидетельствующая о наличии в услуге потребительских свойств, которые соответствуют нуждам **Потребителя** и потенциально способны удовлетворить эти нужды непосредственно в момент ее оказания или в иной прогнозируемый временной период после ее окончания. Надлежащее качество услуги определяется совокупностью трех условий:

- **Потребителю** правильно поставлен диагноз или правильно выявлена потребность в медицинской услуге;

- **Исполнителем** правильно выбрана медицинская технология, соответствующая диагнозу (или его потребности) с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания, аллергические реакции и т.д.) и финансовым возможностям Заказчика;

- Медицинская технология выполнена с соблюдением обычно предъявляемых к ней требований или требованиям, установленным законом (при их наличии).

2.1.7. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, **Исполнитель** информирует об этом **Потребителя** (Несовершеннолетнего, при достижении 15 летнего возраста), согласовывая их вид, объем и сроки дополнительно.

2.2. **Потребитель** (Несовершеннолетний, при достижении 15 летнего возраста) обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии здоровья Потребителя: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг. Заботиться о сохранении здоровья **Потребителя**.

2.2.4. **Потребитель (Заказчик)** обязан оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Самостоятельно определять медицинские технологии (набор медицинских услуг), исходя из клинической ситуации, диагноза, иных значимых медицинских обстоятельств, согласовав их объем, стоимость и сроки выполнения с Заказчиком отдельно.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с **Потребителем (Заказчиком)** направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

2.3.3. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по настоящему договору, согласовав с **Потребителем (Заказчиком)**.

2.3.4. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной оплаты) **Потребителем (Заказчиком)** Услуг в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия ситуации, угрожающей жизни (экстренная помощь).

2.3.5. Если **Потребитель (Заказчик)**, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков (в соответствии с абз. 2 ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

2.3.6. На медицинскую технологию, имеющую овеществленный результат, Исполнитель имеет право установить гарантийный срок и (или) срок службы, при этом Исполнитель определяет для Потребителя обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Данная информация изложена в **Положении о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказываемые в государственном автономном учреждении здравоохранения Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника»**, размещенном наинформационных стендах, а также на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [**https://dentclinik.ru/**](https://dentclinik.ru/)**,** с которым Потребитель (Заказчик) ознакомился до подписания настоящего договора.

2.3.7. Гарантийный срок исчисляется с момента передачи результата работы Потребителю (законному представителю), подтвержденного подписанием акта выполненных работ (Приложение 2).

2.4. **Потребитель** (Несовершеннолетний, с 15 летнего возраста) имеет право:

2.4.1. На получение полной информации о результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть получена путем предоставления **Потребителю** на руки выписки из медицинской документации, результатов исследований и пр.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания Услуг, и подписание данного документа означает получение им всей необходимой для принятия решения информации.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских Услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения. В случае отказа **Потребитель (Заказчик)** обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача. **Потребитель (Заказчик)** соглашается с тем, что специальные виды лечения и диагностики будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

2.4.5. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.

2.4.6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

**3. Цена услуг и порядок расчетов.**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания платных медицинских услуг **Потребителю (Заказчику)**. Прейскурант может изменяться Исполнителем, с действующим прейскурантом **Потребитель (Заказчик)** может ознакомиться у администраторов, на информационных стендах медицинской организации, а также на официальном сайте в информационной сети Интернет **https://dentclinik.ru/.** Согласованная с **Потребителем (Заказчиком)** стоимость оформляется приложением к договору и является его неотъемлемой частью (Приложение №1).

3.2. Оплата услуг производится **Потребителем (Заказчиком)** в рублях в наличной или безналичной формах путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.3. Оплата услуг также может производиться за счет средств областного материнского (семейного) капитала частично или полностью. В случае, если размер суммы материнского капитала будет меньше чем стоимость медицинских услуг, оказанных Исполнителем, **Потребитель (Заказчик)** обязан осуществить оплату превышающей суммы материнского капитала самостоятельно в течение 5 (пяти) календарных дней. В случае расторжения договора не использованная сумма средств областного материнского (семейного) капитала, возвращается на счёт Управления социальной политики Министерства социальной политики Свердловской области, в течение 10 (десяти) дней.

3.4. Оплата медицинских услуг производится **Потребителем (Заказчиком)** в полном объеме в день оказания услуги. С согласия **Потребителя (Заказчика)** медицинские услуги могут быть оплачены им при заключении договора в полном размере или путем внесения аванса. По решению Исполнителя **Потребителю (Заказчику)** может быть предоставлена возможность поэтапной оплаты Услуг.

3.5. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель (Законный представитель) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.6. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. **Потребитель (Заказчик)** и Исполнитель несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Заказчиком)** за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. **Потребитель (Заказчик)** несет ответственность за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру исполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае несоблюдения **Потребителем** данных рекомендаций.

4.5. Исполнитель не несёт имущественной ответственности за неблагоприятный исход заболевания, возникновение побочных (в том числе аллергических) реакций, ухудшение первоначально достигнутых результатов лечения в случаях невыполнения **Потребителем** пунктов договора 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3; досрочного расторжение договора по инициативе или по вине Потребителя (пункты 2.4.3, 2.3.5).

**5. Срок оказания услуг и срок действия договора.**

5.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами, и действует в течение одного календарного года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора не позднее, чем за две недели до его окончания договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год на тех же условиях.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг, согласованных дополнительно, и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения (к медицинской технологии).

**6. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации**

6.1. Обращения (жалобы) Потребитель (Законный представитель) может направлять в письменной форме одним из перечисленных способов:

- Исполнителю: почтовым отправлением по адресу: 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Свободы, д. 22; доставить лично по адресу 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Свободы, д. 22. Прием документов осуществляется ежедневно с 8.00 до 16.30 (кроме выходных, нерабочих и праздничных дней); по электронной почте: mlpu@bk.ru (в любой форме).

- В органы исполнительной власти и в контролирующие органы почтовым отправлением или по электронной почте. Перечень контролирующих органов, их почтовые адреса и адреса электронной почты размещены на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет https://dentclinik.ru/.

6.2. При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

**7. Дополнительные условия.**

7.1. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, в соответствии с законодательством РФ, либо по обоюдному согласию. Договор может быть расторгнут по решению **Потребителя (Заказчика)** при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Договор может быть изменен по соглашению сторон.

7.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и **Потребителем (Заказчиком)** споры, по настоящему договору разрешаются в претензионном порядке. Срок ответа на претензию - 10 дней со дня ее получения. При не достижении согласия Стороны передают спор на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

7.4. После исполнения договора исполнителем потребителю (законному представителю потребителя) по письменному запросу могут быть предоставлены копии медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях). Для получения копий медицинских документов Потребитель (законный представитель) оформляет запрос в регистратуре Исполнителя или у лечащего врача в письменной форме. Выдача копий медицинских документов осуществляется без взимания дополнительной платы7 Срок выдачи медицинской документации составляет до 30 календарных дней.

7.5. **Потребитель (Заказчик)** ознакомлены с Правилами предоставления платных медицинских услуг Исполнителя, а также с Положением о сроках гарантии и сроках службы, Прейскурантом.

**8. Реквизиты и подписи сторон:**

Исполнитель:

Государственное автономное учреждение Свердловской области «Красноуфимская стоматологическая поликлиника» (ГАУЗ СО «Красноуфимская СП») адрес места нахождения и юридический адрес: 623300, Свердловская область, г. Красноуфимск, ул. Ухтомского, 27, Свободы, 22. ИНН 6619003544, КПП 661901001, ОГРН 1026601229258, Тел: факс (34394) 7-62-86, факс (34394) 7-62-87, эл.почта: mlpu@bk,ru, Банк получателя: Уральское ГУ Банка России //УФК по Свердловской области г. Екатеринбург: р/с 03224643650000006200, БИК 016577551. Получатель: Уральское ГУ Банка России //УФК по Свердловской области г. Екатеринбург, БИК 016577551, л/сч 32013007980, 33013007980, 31013007980

Потребитель:

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

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

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

 (фамилия, имя отчество, паспорт, адрес места жительства и телефон)

Заказчик (Законный представитель):

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

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

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

 (фамилия, имя отчество, паспорт, адрес места жительства и телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель:Администратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, МП) | Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) | Заказчик: (Законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись, МП) |

Информированное согласие пациента

На получение платных медицинских услуг

Главному врачу

ГАУЗ СО «Красноуфимская СП»

Барахвостовой М.В.

от

**(ФИО Потребителя (законного представителя)**

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

 (место жительства либо временного пребывания)

Я, нижеподписавш(-ий,-ая)ся **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** настоящим

 **(ФИО Потребителя (законного представителя)**

подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

по договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель (законный представитель) (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись |
| Лечащий врач (ФИО) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
| Зав. отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |
|  |  |

Дата договора