ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г. Апатиты Мурманская область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Апатитская стоматологическая поликлиника» (далее – ГОАУЗ «Апатитская СП»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Солодкой Ольги Евгеньевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе

1.1. Юрид. адрес: 184209, Мурманская обл., г. Апатиты, ул. Ленина, д. 28., тел. (81555) 6-14-58, 8 (964) 680-15-52 , e-mail: [stomatolog.5155@mail.ru](mailto:stomatolog.5155@mail.ru), адрес сайта: <http://ap-stom.ru/>, режим работы учреждения: пн-пт 08:00-20:00, сб 08:00-14:00, вск — вых. (режим работы отделения, в котором оказывается платная услуга может отличаться, информация доводится дополнительно под подпись Пациента).

1.2. Зарегистрировано 02.10.2002 в ЕГРЮЛ в УФНС России по Мурманской области в г. Мурманске: 183038, г. Мурманск, ул. Комсомольская, д. 4, ОКАТО 47405000000, ОКПО 22607406.

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01163-51/00334686 от 25.09.2019, выдана Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский 1, тел. 8-(8152) 486-138) на срок (бессрочно).

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности по адресу184209, Мурманская область, г. Апатиты, ул. Ленина, дом 28: 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: гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; 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. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном законом порядке, в пределах возможностей ГОАУЗ «Апатитская СП», а Потребитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги, стоимость которых определенна Приложением № 2 «Расчёт стоимости оказываемых платных медицинских услуг», являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, рассчитанного на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта платных услуг.

2.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на виды медицинского вмешательства, заполненного и подписанного Потребителем, после ознакомления Потребителя с информацией, перечисленной в Приложении № 1 «Уведомление», которая размещена на интернет сайте ГОАУЗ «Апатитская СП», на информационном стенде (стойке), находится в печатном виде в регистратуре и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГОАУЗ «Апатитская СП» (о чем свидетельствует подпись в Приложении № 1 «Уведомление»).

2.1.2. Услуги оказываются специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в помещении ГОАУЗ «Апатитская СП», на оборудовании и материалами ГОАУЗ «Апатитская СП» в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения (отражается в медицинской карте).

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги (комплекс медицинских услуг): провести осмотр, диагностику, на основании установленного диагноза составить план стоматологического лечения, проинформировать о стоимости медицинских услуг Потребителя.

3.1.2. До начала оказания услуги извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза и назначения плана лечения для Потребителя.

3.2.2. Отказать в оказании медицинской стоматологической услуги, если это не соответствует требованиям технологии и может вызвать неблагоприятные последствия для Потребителя, с записью отказа в амбулаторную карту.

3.2.3. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для оказания платных стоматологических услуг.

3.2.4. Отказать в обслуживании Потребителю с признаками нахождения в алкогольном, токсическом или наркотическом опьянении или нахождение в состоянии здоровья, препятствующего проведению стоматологического лечения (медицинского вмешательства), либо пациенту, нарушающему правила поведения в учреждении.

3.2.5. Отказать Потребителю в оказании услуг в случае совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей ГОАУЗ «Апатитская СП».

3.2.6. Перенести срок оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. До заключения настоящего Договора ознакомиться с информацией, отраженной в п. 2.1.1 и Приложении № 1 «Уведомление» Договора.

3.3.2. Оплатить медицинские услуги, согласно Приложению № 2, в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, оказывающему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных до обращения к Исполнителю (при их наличии). Сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, принимаемых лекарственных препаратах на постоянной основе и/или принятых накануне приема, о перенесенных заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях.

3.3.4. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.6. Соблюдать дату и время явки на прием. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенной явки, оповестить Исполнителя по телефону в регистратуру структурного подразделения, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств в письменной форме.

3.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. Стоимость затраченных расходных материалов уплачивается Потребителем в бесспорном порядке.

4. Цена и порядок оплаты услуг.

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется Приложением № 2 «Расчет стоимости оказываемых платных медицинских услуг», рассчитанному в соответствии с Прейскурантом цен на медицинские услуги и планом лечения Потребителя.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в кассу ГОАУЗ «Апатитская СП» после каждого приема у специалиста в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение медицинских услуг.

4.3. Услуги по настоящему Договору могут быть оплачены третьей стороной, именуемой «Заказчик».

5. Ответственность сторон.

5.1 Гарантийные обязательства предоставляются в соответствии с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ГОАУЗ «Апатитская СП» (далее - Положение).

5.2. В отдельных сложных случаях, при согласии пациента, стоматологическая услуга может быть оказана без гарантированного положительного результата. На такие случаи гарантия не распространяется, о чем пациент предупреждается до начала оказания услуг и дает согласие по форме, установленной Приложением № 1 к Положению.

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения обязательств при наличии доказанной вины.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика посещений; отказа от услуг, невыполнение/отказ от рекомендаций, назначенных специалистом Исполнителя.

5.4. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения Договора.

6.1. Договор вступает в силу с даты его заключения и действует до окончания оказания медицинских услуг, согласно плана лечения и определяется последней датой оказания медицинской услуги в Приложении № 2.

6.2. Любая договоренность между Сторонами оформляется в письменном виде. В случае разногласий, споры рассматриваются в порядке, установленном законодательством.

6.3. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.3.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.3.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения.

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2. В случае если внесение оплаты по настоящему Договору производится третьей Стороной, именуемой Заказчик, изготавливается третий экземпляр с заполнением реквизитов Заказчика дополнительного в п. 8. При этом Условия раздела 4 и 5 в равной степени распространяются на Заказчика и Потребителя.

8. Реквизиты Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  ГОАУЗ «Апатитская СП»  Юридический и почтовый адрес: 184209, Мурманская область, г. Апатиты ул. Ленина дом 28  ИНН 5101700706 КПП 511801001  ОГРН 1025100508267  Тел. (81555) 6-14-74, 8(964) 680-15-64, Факс 8(81555) 6-14-01  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Солодкая О.Е.  М.П. | Потребитель /Заказчик  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Конт. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иные сведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к договору от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения Договора мною изучена и по моему запросу до меня в доступной форме доведена следующая информация:

1. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

2. Клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи (размещены на сайте);

3. Информация об Исполнителе, его Учредителе и контролирующих органах (юридические сведения и контакты).

4. Положение о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГОАУЗ «Апатитская СП»;

5 Положение о гарантийных сроках, сроках службы и сроках годности на стоматологические услуги и работы, производимые ГОАУЗ «Апатитская СП»;

6. Действующий Прейскурант цен на платные медицинские услуги с указанием цен в рублях;

7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности, виды медицинской деятельности;

8. Информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг, их профессиональном образовании и квалификации, график работы;

9. Виды платных медицинских услуг, методы и виды медицинского вмешательства, связанные с ними риски;

10. сроки ожидания оказания платных услуг, режим работы учреждения и отделения, в котором оказываются платные услуги;

11. Проект договора на оказание платных услуг в ГОАУЗ «Апатитская СП».

12. Правила поведения пациентов в ГОАУЗ «Апатитская СП»

13. В соответствие со ст. 10 постановления Правительства от 11.05.2023 № 736 медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи);

14. О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания.

15. Уведомляем Потребителя о том, что:

- несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГОАУЗ «Апатитская СП», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;

- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Потребителя аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения;

могут снизить качество предоставляемых ГОАУЗ «Апатитская СП» платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

16. О том, что 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.

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расчет стоимости оказываемых платных медицинских услуг

Исполнитель ГОАУЗ «Апатитская стоматологическая поликлиника»

Потребитель (Пациент) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О)

Период лечения с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Наименование услуги | Код услуги | Количество | Сумма | Ф.И.О. врача |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Итого сумма по договору (прописью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИСПОЛНИТЕЛЬ: Главный врач ГОАУЗ «Апатитская СП»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Е. Солодкая

м.п.