|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение к  приказу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ставропольского края «Изобильненская стоматологическая поликлиника»  от 09 ноября 2015 года № 114 -П |

ТИПОВАЯ ФОРМА

**ДОГОВОР оказания платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Изобильный « » 201 г.

ГБУЗ СК «Изобильненская РСП», в лице главного врача Чурикова Юрия Андреевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент (выступающий в настоящем договоре Потребителем и/или Заказчиком)в лице законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту стоматологические услуги (далее-услуги), перечень и стоимость которых, приведены в подписанном сторонами плане лечения (приложение 1) в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг.

1.2. Исполнитель оказывает стоматологические услуги в соответствии с Лицензией № ЛО-26-01-003094 от 02.07.2015 г., выданной комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, г. Ставрополь, ул. Ленина 415д, тел.(8652)56-65-78, на следующие виды услуг (работ) выполняемых: 2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; 7. при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз: 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

1.3. Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель: ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006), со сведениями о режиме работы Исполнителя, об условиях предоставления и получения стоматологических услуг и Прейскурантом цен (тарифов) на услуги, утвержденным в установленном порядке; уведомил его 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 и о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**2. Условия и сроки предоставления услуг**

2.1. Предоставление услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента. Стороны договорились, что такое согласие является подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной для него форме информирован 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; об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.2. Исполнитель не оказывает услуги по настоящему договору, если у Пациента имеются острые воспалительные, инфекционные заболевания, а так же если он находится в состоянии опьянения.

2.3. Услуги в рамках настоящего договора оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с планом лечения.

2.4. Пациент информирован о том, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

При отсутствии соответствующих технических возможностей Исполнителя, Исполнитель вправе направить Заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

В случае выполнения таких обследований Исполнителем, а также в случае необходимости корректировки плана лечения соответствующие изменения вносятся в подписанный сторонами план лечения. Указанные действия выполняются только с предварительного согласия Пациента. Отказ Пациента от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа.

2.5. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1,3 ст. 3, 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения настоящего договора.

2.6. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который он установил как дату своего прихода на прием.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. После первичной консультации предоставить Пациенту полную и достоверную информацию в устной форме: о состоянии полости рта в рамках специализации врача; о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе оказания услуги и после нее; о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата.

3.1.2. Информировать Пациента о гарантийных сроках лечения, эффективности лечебных методик. Исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока.

3.1.3. Обеспечить качество услуги с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

3.1.4.. Информировать Пациента о стоимости услуги до ее оказания, по факту оказанной услуги выдать Пациенту документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги.

3.1.5. Обеспечить режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с законодательством РФ.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Требовать от Пациента надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

3.2.2. Определять график консультаций и процедур и график работы специалистов, вносить в него изменения. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента.

3.2.3. Заменить с согласия Пациента лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить его для консультации к другим специалистам.

3.2.4. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий.

3.2.5. Отказать в продолжение оказания услуги в случаях грубого нарушения Пациентом условий настоящего договора. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Пациента острого стоматологического состояния.

**3.3. Обязанности Пациента:**

3.3.1. Достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах, представить имеющуюся медицинскую документацию, касающуюся предмета обращения.

3.3.2. Незамедлительно ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

3.3.3. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, в том числе данные в устной форме.

3.3.4. Являться на прием, назначенные процедуры вовремя. При невозможности явиться предупредить Исполнителя (регистратуру) не позднее, чем за одни сутки до начала приема в часы работы Исполнителя.

3.3.5. Оплатить услуги, включая дополнительные услуги, в срок и в размере, установленные настоящим Договором.

3.3.6. Строго соблюдать порядок (режим), установленный в помещении Исполнителя.

3.3.7. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие медицинские организации. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

3.3.8. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

**3.4. Пациент имеет право:**

3.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

3.4.2. Получить максимально полную информацию о предоставляемых услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).

3.4.3. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.

3.4.4. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

3.4.5. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия, время приема у врача из имеющегося свободного.

3.4.6. Получать на основании заявления медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья, после получения услуг.

**4. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты**

4.1. Стоимость услуг определяется на основании плана лечения согласно прейскуранту Исполнителя, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, и указывается в приложении 1 к настоящему договору.

4.2. Пациент обязан оплатить услуги в день их оказания в полном размере. Иной порядок расчетов может быть согласован сторонами в плане лечения.

4.3. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.5. По заявлению Пациента на предоставление услуг может быть составлена смета, которая в случае ее составления, становится неотъемлемой частью настоящего договора.

**5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**

5.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Пациента в случае, если:

5.3.1. проявились осложнения, связанные с тем, что Пациент не предоставил полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях, изменениях в самочувствии во время лечения;

5.3.2. в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но он не выполнил назначения.

5.3.3. осложнения наступили из-за не соблюдения врачебных рекомендаций;

5.3.4. вред причинен в рамках обоснованного профессионального врачебного риска;

5.3.5. наступили предусмотренные и указанные в договоре (информированном добровольном согласии пациента на медицинское вмешательство) вредные эффекты, соответствующие объему медицинского вмешательства и обусловленные анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью сопутствующего заболевания;

5.3.6 наступили иные предусмотренные законодательством РФ случаи.

5.4. Исполнитель может отказать Пациенту в плановой помощи при нарушении им условий оказания услуг.

5.5. В случае нарушения Потребителем пунктов 4.2.-4.3. настоящего Договора он уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,3% (ноль целых три десятых процента) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

**6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения услуг. Отказ Пациента от получения услуг оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Пациента о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**

6.3. Исполнитель при невыполнении Пациентом условий настоящего Договора имеет право в одностороннем порядке прекратить действие настоящего Договора.

**7. Заключительные положения.**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими своих обязательств по договору.

7.2. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, план лечения, акт выполненных работ, дополнительных соглашений к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и Заказчиком в связи с настоящим договором. При этом факсимильная подпись Исполнителя имеет такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

7.3. Содержащиеся в медицинской карте Заказчика дополнения к договору являются его неотъемлемой частью.

7.4. Настоящий договор составлен в трех экземпляр (2 экз. Исполнителю, 1 экз. Пациенту).

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**  ГБУЗ СК «Изобильненская РСП»  356140, Ставропольский край,  Изобильненский район, г. Изобильный,  ул. Сиреневая, 29, тел.: 2-85-93  ИНН 2607018281 КПП 260701001  ОГРН 1052600014268  Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице 26 №004026269, выдано межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №11 по СК 18.02.2013 г.  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.А.Чуриков | **Пациент**:  Фамилия И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Законный представитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | Приложение 1  к договору оказания платных стоматологических услуг  №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от | |

**План лечения**

Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. лечащего врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги по прейскуранту | Наименование услуги | Количество, шт. | Стоимость, руб. | Сумма, руб. | Гарантийный срок |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Итого: | | | |  |  |

Срок оказания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Порядок оплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ГБУЗ СК «Изобильненская РСП»**  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ю.А.Чуриков | **Пациент:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
|  | | Приложение 2  к договору оказания платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от |

**Акт о приемке оказанных услуг**

**(выполненных работ)**

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_оказаны платные медицинские услуги по договору № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающему по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги по прейскуранту | Наименование услуги | Количество, шт. | Стоимость, руб. | Сумма, руб. | Гарантийный срок |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Итого: | | | |  |  |

Платные стоматологические услуги оказаны качественно, в полном объеме, в оговоренный сторонами срок. Пациент по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий к Исполнителю не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ГБУЗ СК «Изобильненская РСП»**  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.А.Чуриков | **Пациент:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |