ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг
(терапевтических и хирургических – трехсторонний)

г. Волгоград «____»_____ 201_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мартина Андрея Андреевича, действующего на основании Устава, свидетельства о государственной регистрации юридического лица № 38074730 от 16.09.2002, выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по Дзержинскому району г. Волгограда (ОГРН № 1023402632758), лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-34-01-004296 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель на основании обращения Пациента (заказчика) в соответствии с согласованным Сторонами Планом лечения оказывает Пациенту медицинские услуги по стоматологии терапевтической/хирургической, а Пациент (Заказчик) оплачивает работу Исполнителю в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяется Сторонами в Соглашении о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (далее - Соглашение), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

Соглашение, заключается и подписывается Сторонами при каждом обращении Пациента (Заказчика) за стоматологической медицинской помощью в пределах срока действия настоящего договора.

1.3. В случае объективной необходимости по соглашению сторон План лечения, объем оказываемых медицинских услуг, стоимость медицинских услуг, срок оказания медицинских услуг могут быть изменены путем изложения Соглашения в новой редакции с присвоением следующего порядкового номера.

1.4. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания медицинских услуг и указывается в Соглашении.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с нормативными документами, действующими в системе здравоохранения РФ.

2.1.2. После исполнения договора выдать Пациенту по его требованию медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.3. Предоставлять Пациенту и/или Заказчику* по их требованию и в доступной форме информацию:

- о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемом исходе лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.4. Обеспечивать выполнение прав Пациента и Заказчика, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.1.5. Предоставить медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

2.1.6. Выдать Заказчику документ, подтверждающий факт оплаты платных услуг в кассу Исполнителя.

2.1.7. Сохранять врачебную тайну в соответствии действующим законодательством.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1.Согласовать План лечения.

2.2.2.Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе: информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять требования, назначения и рекомендации врача; соблюдать режим лечения; при первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю; соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения для пациентов.

2.2.3. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг.

2.2.4. Изучить добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг, задать интересующие вопросы и подписать указанные документы, подтвердив тем самым получение всей необходимой и полной информации об оказываемых ему медицинских услугах.

2.2.5. По факту оказания услуг подписать Акт о выполнении Договора на предоставление платных медицинских услуг. В случае не подписания Акта в день приема-сдачи оказанных услуг без объяснения причин, услуги считаются принятыми.

2.2.6. Обеспечить выполнение Заказчиком обязательства по оплате оказываемых Пациенту платных медицинских услуг.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость предоставляемых Пациенту платных медицинских услуг в порядке и сроки, установленные настоящим договором и по утвержденному прейскуранту, действующему на момент заключения договора.

2.3.2. Обеспечить выполнение Пациентом возложенных на него обязанностей по настоящему договору.

2.3.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. По согласованию с Пациентом (Заказчиком) в целях наиболее качественного оказания медицинской услуги вносить изменения в план лечения, которые могут повлечь за собой изменение сроков оказания медицинских услуг и их стоимости.

2.4.2. Назначать и заменять лечащего врача.

2.4.3. В случае необходимости направлять Пациента для дополнительного медицинского обследования и консультаций к специалистам иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или зубного протезирования.
2.5. Пациент и/или Заказчик имеют право:
2.5.1. В любое время отказаться от получения медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
2.5.2. Выбирать лечащего врача с учетом его согласия.
2.6. Стороны имеют иные права и исполняют иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

3.1. «Пациент» уведомляется, что данная медицинская услуга (нужное отметить):

- а) не предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и может быть оказана только за плату;
- б) предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год, но по желанию пациента в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оказывается ему за плату.

При заключении договора Пациенту и Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (при наличии в перечне) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или в другом лечебном учреждении.
3.2. Вследствие биологических особенностей организма человека и использования технологий оказания медицинской помощи при всей своей осторожности и осмотрительности Исполнитель не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений.
3.3. Гарантийный срок на результат оказанных стоматологических услуг устанавливается один год с момента сдачи результата оказанных услуг. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае невыполнения рекомендаций лечащего врача, нарушения сроков посещения лечащего врача. Иные условия гарантии по согласованию с Пациентом отражаются в его медицинской карте.
3.4 Лечащий врач назначается Исполнителем или выбирается Пациентом с учетом согласия врача.
3.5. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией №ЛО-34-01-004296 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области на право осуществления медицинской деятельности по следующим видам работ (услуг) по адресу места осуществления медицинской деятельности:
- 400064, Волгоградская обл., г. Волгоград, ул. им. Маршала Еременко, д. 72
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: медицинской статистике, операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; 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 проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.
Лицензирующий орган: комитет здравоохранения Волгоградской области; адрес места нахождения: Российская Федерация, 400001, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Рабоче-Крестьянская,16; телефон: (8442) 30 99 98; 30 99 99; email: oblzdrav@volganet.ru.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем, действующего на момент заключения договора.
4.2. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком наличными деньгами в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке на банковский счет Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт Заказчика.
4.3. Заказчик оплачивает оказанные Исполнителем в полном объеме услуги (работы) после их принятия Пациентом. С согласия Заказчика услуги (работы) могут быть оплачены им при заключении договора в полном размере или путем внесения аванса.
При возникновении необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактическим затратам.
4.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине Пациента или когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, если иное не предусмотрено законом.

5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения и добровольное информированное согласие Пациента на медицинское вмешательство.
Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, предлагаемых способах диагностики и лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о предполагаемых

результатах лечения, о возможности негативных последствий, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, о возможности получения медицинских услуг в других медицинских организациях, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.
5.2. Время явки Пациента на прием оговаривается и согласовывается с Пациентом. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.3. За нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Пациента, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый исход не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. До подписания настоящего договора Пациент и Заказчик ознакомлены со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, 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 Пациента.
7.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты до фактического исполнения обязательств.
7.3. Все изменения и дополнения к договору оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительного соглашения.
7.4 Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему, заключаемые между Исполнителем, Пациентом и Заказчиком в связи с оказанием медицинских услуг по настоящему договору.
7.5. Договор может быть расторгнут: по соглашению сторон, по решению суда, в иных случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.
7.6. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента и Заказчика о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
7.7.Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в письменной форме.
7.8. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя, Пациента, Заказчика.
7.9. Претензии и споры, возникающие между Сторонами, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

*ПРИМЕЧАНИЕ: В соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Такие сведения могут быть предоставлены Заказчику только с письменного согласия Пациента.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

"Исполнитель"

Государственное автономное
учреждение здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника № 7»
Россия, 400064, Волгоградская область, г.
Волгоград, ул.им.маршала Еременко, 72
ОГРН № 1023402632758
ИНН3442003331КПП 344201001
Банковские реквизиты
Главный врач
А.А. Мартин_____
М.П.

"Заказчик"

Ф.И.О. _____
Дата рождения_____
Дом. адрес_____
Паспортные данные
Подпись _____

"Пациент"

Ф.И.О. _____
Дата рождения_____
Дом. адрес_____
Телефон_____
Паспортные данные:
Подпись _____