

ПРИЛОЖЕНИЕ 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом
ГАУЗ «Стоматологическая
поликлиника № 7»
от 01.09.2023 № 420

СОГЛАШЕНИЕ № _____
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг
(детское отделение)

г. Волгоград «____» _____ 202__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны одной стороны и

_____,
(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», являющаяся(ийся) законным представителем несовершеннолетнего(ней) _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые – «Стороны», заключили настоящее Соглашение к договору № ____ от ____ о предоставлении платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Законный представитель _____ ознакомлен с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовал с лечащим врачом План лечения и согласен(а) оплатить стоимость выбранных им платных медицинских услуг на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения является также подтверждением того, что Законный представитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии здоровья Пациента, 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 на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого стоимость заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
ФИО квалификация

5. Срок исполнения услуги с _____ по _____.

6. В случае, если перечень оказываемых услуг или их стоимость изменяются, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью договора № ____ от ____ на предоставление платных медицинских услуг.

8. Настоящее Соглашение составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись

Законный представитель _____
подпись (ФИО)

Лечащий врач _____ (_____) _____
Подпись _____ ФИО _____
" ____ " _____ 20 ____ г.

" ____ " _____ 20 ____ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____

о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (хирургическое лечение с использованием дентальных имплантатов)

г. Волгоград _____ « ____ » _____ 202 ____ г.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка)

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к Договору на предоставление платных медицинских услуг № ____ от ____ о нижеследующем:

1. Пациент ознакомлен с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовал с лечащим врачом План лечения и согласен(а) получить и оплатить стоимость выбранных им платных медицинских услуг и материалов _____ по этапу лечения на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения 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 и является выражением добровольного информированного согласия на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг с использованием материалов:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого стоимость услуг					
	Наименование материалов				
Итого стоимость материалов					
Итого сумма заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
ф.и.о, квалификация _____

5. Срок исполнения услуги данного этапа с _____ по _____.

6. В случае, если изменяется план лечения, перечень оказываемых услуг или их стоимость, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью договора № ____ от _____ на предоставление платных медицинских услуг.

8. Настоящее Соглашение составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись _____

Пациент _____ (_____) _____
подпись _____ ФИО _____

Лечащий врач _____ (_____) _____
Подпись _____ ФИО _____
" ____ " _____ 20 ____ г.

" ____ " _____ 20 ____ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____

о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (хирургическое лечение с использованием дентальных имплантатов)

г. Волгоград _____ «____» _____ 201_ г.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка)

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к Договору на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ о нижеследующем:

1. Пациент и Заказчик ознакомлены с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовали с лечащим врачом План лечения и согласны их получить. Заказчик согласен(а) оплатить стоимость выбранных Пациентом платных медицинских услуг и материалов по этапу лечения на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения является также подтверждением того, что Пациент (Законный представитель) достаточно и в доступной форме информирован о состоянии здоровья Пациента, 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 и является выражением добровольного информированного согласия на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг с использованием материалов:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого стоимость услуг					
	Наименование материалов				
Итого стоимость материалов					
Итого сумма заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____ ф.и.о, квалификация _____

5. Срок исполнения услуги данного этапа с _____ по _____.

6. В случае, если изменяется план лечения, перечень оказываемых услуг или их стоимость изменяются, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью договора № _____ от _____ на предоставление платных медицинских услуг.

9. Настоящее Соглашение составлено в 3-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись

Пациент _____ (_____)
подпись ФИО

Лечащий врач _____ (_____)
Подпись ФИО

" ____ " _____ 20__ г.

" ____ " _____ 20__ г.

Заказчик _____ (_____)
подпись ФИО

" ____ " _____ 20__ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг
(хирургическое лечение с использованием дентальных имплантатов)

г. Волгоград «_____» _____ 201_ г.
 Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка)

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»,
 _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к Договору на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ о нижеследующем:

1. Пациент и Заказчик ознакомлены с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, преysкурantom, согласовали с лечащим врачом План лечения и согласны их получить. Заказчик согласен(а) оплатить стоимость выбранных Пациентом платных медицинских услуг и материалов по этапу лечения на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения является также подтверждением того, что Пациент (Законный представитель) достаточно и в доступной форме информирован о состоянии здоровья Пациента, 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 и является выражением добровольного информированного согласия на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг с использованием материалов:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого стоимость услуг					
	Наименование материалов				
Итого стоимость материалов					
Итого сумма заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
 ф.и.о, квалификация _____

5. Срок исполнения услуги данного этапа с _____ по _____.

6. В случае, если изменяется план лечения, перечень оказываемых услуг или их стоимость изменяются, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью договора № _____ от _____ на предоставление платных медицинских услуг.

9. Настоящее Соглашение составлено в 3-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
 подпись

Пациент _____ (_____)
 подпись ФИО

Лечащий врач _____ (_____)
 Подпись ФИО

" ____ " _____ 20__ г.

" ____ " _____ 20__ г.

Заказчик _____ (_____)
 подпись ФИО

" ____ " _____ 20__ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг
(ортодонтия, детское отделение)

г. Волгоград «____» _____ 202__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны одной стороны и

_____,
(фамилия, имя, отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», являющаяся(ийся) законным представителем несовершеннолетнего(ней) _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые – «Стороны», заключили настоящее Соглашение к договору № _____ от _____ о предоставлении платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Законный представитель ознакомлен с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовал с лечащим врачом План лечения и согласен(а) оплатить стоимость выбранных им платных медицинских услуг на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения является также подтверждением того, что Законный представитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии здоровья Пациента, 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 на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого стоимость заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
ФИО квалификация

5. Срок исполнения услуги с _____ по _____.

6. В случае, если перечень оказываемых услуг или их стоимость изменяются, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью договора № _____ от _____ на предоставление платных медицинских услуг.

8. Настоящее Соглашение составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись

Законный представитель _____ (_____)
подпись ФИО

Лечащий врач _____ (_____)
Подпись ФИО

" ____ " _____ 20__ г.

" ____ " _____ 20__ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг
(терапевтических и хирургических)

г. Волгоград « _____ » _____ 202 ____ г.
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 от 07.10.2019, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к Договору на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Пациент ознакомлен с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовал с лечащим врачом План лечения и согласен(а) получить и оплатить стоимость выбранных им платных медицинских услуг на общую сумму _____ руб.
2. Стороны договорились, что согласование плана лечения 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 на предложенное медицинское вмешательство.
3. Перечень платных медицинских услуг с использованием материалов:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого сумма заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
ф.и.о, квалификация _____
5. Срок исполнения услуги с _____ по _____.
6. В случае, если перечень оказываемых услуг или их стоимость изменяются, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.
7. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на предоставление платных медицинских услуг (терапевтических и хирургических).
8. Настоящее соглашение составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.
9. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись

Пациент _____ (_____)
подпись ФИО

Лечащий врач _____ (_____)
Подпись ФИО

" ____ " _____ 20 ____ г.

" ____ " _____ 20 ____ г.

СОГЛАШЕНИЕ № _____

о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (терапевтических и хирургических, трехсторонний)

г. Волгоград

« _____ » _____ 202 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 7», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Михальченко Оксаны Сергеевны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00351565 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», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к Договору на предоставление платных медицинских услуг № ____ от ____ (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Пациент и Заказчик ознакомлены с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, Пациент согласовал с лечащим врачом План лечения и согласен(а) получить платные медицинские услуги, Заказчик согласен оплатить стоимость выбранных Пациентом платных медицинских услуг на общую сумму _____ руб.

2. Стороны договорились, что согласование плана лечения является также подтверждением того, что Пациент (Заказчик) достаточно и в доступной форме информирован о состоянии здоровья Пациента, 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 на предложенное медицинское вмешательство.

3. Перечень платных медицинских услуг с использованием материалов:

Шифр услуги	Наименование услуги	№ зуба	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
Итого сумма заказа					

4. Медицинскую услугу Пациенту оказывает врач _____
ф.и.о., квалификация

5. Срок исполнения услуги с _____ по _____.

6. В случае, если изменяются План лечения, перечень оказываемых услуг или их стоимость, переносятся сроки оказания услуг, настоящее Соглашение подлежит по соглашению сторон изложению в новой редакции с присвоением нового порядкового номера.

7. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на предоставление платных медицинских услуг (терапевтических и хирургических).

8. Настоящее соглашение составлено в 3-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

9. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг, в части оплаты – до исполнения обязательства.

Исполнитель _____ О.С. Михальченко
подпись

Пациент _____ (_____)
подпись ФИО

Лечащий врач _____ (_____)
Подпись ФИО
" ____ " _____ 20 ____ г.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Заказчик _____ (_____)
подпись ФИО

« ____ " _____ 20 ____ г.