

ДОГОВОР № 00/0-0000000
на оказание платных медицинских услуг

" " 20__ г.

г. Новороссийск

ГАУЗ "Стоматологическая поликлиника г. Новороссийска" МЗ КК именуемое в дальнейшем

Исполнитель в лице И.о. главного врача Тимченко Галины Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель

Ф.И.О.

именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг. "Заказчик" поручает, а "Исполнитель" обязуется оказать "Заказчику" следующие платные медицинские услуги согласно действующему, на дату заключения договора, прейскуранту:

Наименование вида стоматологических услуг

№	Код	Услуга	Кол-во	Цена	Сумма	Скидка	Итого, руб.
1			1			0,00	
2			1			0,00	
Итого:							0,00

1.2. Стоимость услуг по договору, составляет : 0,00 руб., (сумма прописью: рубля 00 копеек), которая устанавливается согласно утвержденным, в установленном порядке, прейскурантом и является окончательной.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Основанием оказания услуги на платной основе является собственное желание пациента на проведение лечения (обследования, консультации и т.д.). При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2.2. Место оказания услуг: 353900, г.Новороссийск, ул.Советов, д.23

2.3. Срок оказания услуг: по лечебно-хирургическим услугам и рентгенологии - в день заключения договора, по имплантологии - не более 6-ти месяцев с даты заключения договора.

2.4. Оказание платной услуги происходит в порядке предварительной записи "Заказчика" на прием в регистратуре.

2.5. "Исполнитель" предоставляет медицинское обслуживание "Заказчику" в соответствии с правилами внутреннего распорядка "Исполнителя".

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Оплата "Заказчиком" производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет "Исполнителя"

а) по лечебно-хирургическим услугам: после предоставления медицинской услуги (постоплата).

б) по ортопедическим услугам: до предоставления услуги (предоплата).

3.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия "Заказчика" с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. "Исполнитель" обязан:

- оказать "Заказчику" качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;
- заблаговременно предоставить "Заказчику" доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге; обеспечить все необходимые (амбулаторные) условия пребывания в "Заказчика";
- незамедлительно информировать "Заказчика" об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;
- выдать "Заказчику" кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег;

4.2. "Исполнитель" имеет право:

- в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором;

4.3. "Заказчик" обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуги;
- сообщить "Исполнителю" сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
- точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной "Исполнителем".

4.4. "Заказчик" имеет право:

- на предоставление ему "Исполнителем" полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;
- отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением "Исполнителю" фактически понесенных расходов.
- "Заказчик" дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. "Исполнитель" имеет лицензию серии № ЛО-23-01-013102 от 11.01.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, д.276/1, тел.(861) 992-53-03). "Исполнитель" оказывает платные услуги в соответствии с перечнем услуг, перечисленных в приложении к лицензии и по прейскурантам, утвержденным в установленном порядке.

5.1.1 Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: при осуществлении первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; -при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Проведение медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

5.2. "Заказчик" уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется из средств бюджета или обязательного медицинского страхования и согласен на получение платных медицинских услуг.

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует "Заказчика" и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается: первичный осмотр и обследование.

5.6. "Заказчик" разрешает передавать информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

5.7. В связи с оказанием медицинской услуги, в предусмотренных нормативными актами МЗ РФ случаях, "Заказчику" по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

5.8. "Заказчик" информирован:

5.8.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью (информированное согласие Приложение №1 к настоящему договору), в случае возникновения осложнений "Исполнитель" предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.9. "Заказчик" разрешает "Исполнителю" получить всю информацию о состоянии своего здоровья из других лечебных учреждений в целях повышения качества предоставляемой услуги.

5.10 Гарантия на оказанные медицинские услуги - 1 год.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае ненадлежащего оказания услуги "Заказчик" вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Безвозмездного устранения недостатков услуги;

6.1.2. Соответствующего уменьшения стоимости услуги;

6.1.3. Возмещения понесенных им расходов по устранению: недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.2. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла "Заказчика".

6.3. "Заказчик" возмещает "Исполнителю" фактически понесенные расходы, если последний не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине "Заказчика".

6.4. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.

8.2. Стороны пришли к соглашению об использовании ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор.

8.3. Местом судебного разрешения споров является суд по месту нахождения "Исполнителя".

8.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГАУЗ "Стоматологическая
поликлиника г. Новороссийска" МЗ КК

353900, г. Новороссийск, ул. Советов, д.23
ИНН 2315006698/ КПП 231501001

ОГРН 1022302398799

ИФНС по г. Новороссийску, Краснодарского края

28.11.2013 г., серия 23 №009074345

Тел: (8617) 64-44-78

Web-сайт: <http://stomatolog-nross.ru/>

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

И.О. главного врача



ЗАКАЗЧИК

ФИО:

Адрес:

Тел.

Паспорт: "анонимно" (пп. "б" п.17 Постановления
Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Заказчик

(расшифровка подписи)

Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, _____, Ф.И.О. _____, являющийся Потребителем (Законным представителем) _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № 00/0-000000 от " " 20__ г. желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК (далее по тексту - "Учреждение") за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг в учреждении в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, и ознакомившись с правилами оказания платных медицинских услуг ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК, даю свое согласие на оказание мне (моему подопечному) платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
3. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов медицинских услуг, я должен исполнять все назначение, рекомендации и советы врачей учреждения
4. Я ознакомлен с действующим прейскурантом учреждения и согласен уплатить стоимость необходимых мне медицинских услуг в соответствии с ним.
5. Ознакомившись с видами оказываемых в учреждении платных услуг, я выбрал вид (ы) услуги, и гарантирую необходимость оказания мне именно выбранной услуги.
6. Я удовлетворяю, что текст моего информированного согласия на оказание медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
7. Я согласен на осмотр врачом-стоматологом.
8. Я в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку учреждением моих персональных данных в целях установления медицинскго диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязаны сохранить врачебную тайну. В процессе оказания учреждением мне медицинской помощи предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования и лечения, в другие медицинские организации, а также Фонд ОМС, Фонд социального страхования, управление социальной защиты. Предоставляю право ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок - на период лечения и наблюдения в ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительно беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель (Законный представитель)

/ Расшифровка подписи/

дата " " 20__ г.

АКТ

сдачи-приемки выполненных работ по догово № 00/0-000000 от " " 20__ г.

г.Новороссийск

" " 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, ГАУЗ "СП г. Новороссийска" МЗ КК, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице И.о. главного врача Тимченко Галины Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гр-н (ка) _____ Ф.И.О., _____ год рождения _____ проживающий (ая) _____ Адрес _____

именуемая в дальнейшем "Потребитель" (Законный представитель) с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнителем выполнена качественно и в полном соответствии с действующими нормами и стандартами услуга по оказанию платных медицинских услуг _____

наименование вида стоматологических услуг

Сдал _____ Тимченко Г.В.

Принял _____ /Ф.И.О./
подпись