

Договор
на оказание платных стоматологических услуг № _____

г. Ярцево

« ____ » _____ 201 ____ год

ОГБУЗ «Ярцевская городская стоматологическая поликлиника», в лице главного врача Зайцева С.А., действующее на основании Устава, лицензии на оказание медицинских услуг, выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и Гражданин (-ка)

именуемый (-ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Сведения о Сторонах:

Сведения об Исполнителе:

1. Наименование и фирменное наименование: ОГБУЗ «Ярцевская городская стоматологическая поликлиника»;
2. Адрес места нахождения: 215800, Смоленская обл., г. Ярцево, ул. К.Маркса, д. 9;
3. Адрес места оказания медицинских услуг: 215800, Смоленская обл., г. Ярцево, д. 9;
4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 67 номер 001697865, ОГРН 1026700974783, выдано межрайонной инспекцией ФНС России №3 по Смоленской области;
5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-67-01-001008 от 10.11.2015 г., выдана Департаментом Смоленской области по здравоохранению (214008, г. Смоленск, ул. Ленина, 1, тел. (4812) 38-67-58))

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; 4) 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; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

Сведения **Исполнителя** находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) **Исполнителя**.

Сведения о Заказчике:

(Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства)

Телефон **Заказчика**: _____

1. Предмет договора

1.1. **Исполнитель** обязуется оказывать **Заказчику** стоматологические услуги, а **Заказчик** обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской стоматологической услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста).

1.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по стоматологии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, ортодонтии. Конкретный перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания содержатся в Приложении к настоящему Договору, являющейся его неотъемлемой частью. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения МЗ РФ.

1.3. При заключении настоящего Договора **Заказчик** подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также **Заказчик** подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения: Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях; Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг; Информацию о враче-специалисте, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации; Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; Иные сведения, по требованию **Заказчика**, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

1.4. Все стоматологические услуги оказываются **Исполнителем** при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5. **Исполнитель** оказывает услуги в период с _____ по _____

1.5. Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту составляет _____ рублей.

2. Обязательства сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать **Заказчику** платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения **Заказчиком** денежных средств в порядке, определенном **разделом 3** настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Заказчика**. Без согласия **Заказчика** **Исполнитель** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию **Заказчика** предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- медицинскую услугу оказывает врач _____ Ф.И.О. второй, первой, или высшей квалификационной категории, имеющий сертификат специалиста;
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. **Исполнитель** предоставляет **Заказчику** (законному представителю заказчика) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.7. Немедленно извещать **Заказчика** о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. **Исполнитель имеет право:**

2.2.0. Требовать от **Заказчика** надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

2.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

2.2.2. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания **Заказчика** и занятости специалиста **Исполнителя**, непосредственно осуществляющего лечение.

2.2.3. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить **Заказчика** для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия **Заказчика**.

2.2.4. В лице специалистов **Исполнителя** осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода обезболивания, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.2.5. Отказать в продолжение оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения **Заказчиком** условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией **Исполнителя**. 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 **Заказчика** острого стоматологического состояния.

2.2.6. Амбулаторная карта стоматологического пациента (**Заказчика**) является медицинским документом и хранится у **Исполнителя** 5 лет. **Заказчик** на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Обязанности Заказчика:

2.2.1. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов **Исполнителя** для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

2.2.2. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

2.2.3. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить **Исполнителя** (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы **Исполнителя**.

2.2.4. При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить **Исполнителя** в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления **Заказчиком** и факт получения уведомления **Исполнителем**.

2.2.5. Оплатить стоматологические услуги, включая дополнительные стоматологические услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим Договором.

2.2.6. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении **Исполнителя**.

2.2.7. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты **Заказчика**.

2.2.8. Проводить начатое лечение только у **Исполнителя**, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.2.9. 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.

2.2.10. 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.

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1. Получать информацию об **Исполнителе** и предоставляемых им медицинских услугах.

2.3.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.3.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов.

3. Условия предоставления платных стоматологических услуг

3.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления **Заказчика** (законного представителя **Заказчика**) и согласия **Заказчика** приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств **Заказчика**.

3.2. Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.3. **Заказчик** предоставляет **Исполнителю** всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.

3.4. **Исполнитель** предоставляет **Заказчику** (законному представителю **Заказчика**) по его требованию и в доступной для него форме информацию: 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.5. **Исполнитель** обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.6. **Заказчик** незамедлительно ставит в известность врачей **Исполнителя** о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия **Исполнитель** не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья **Заказчика**, вызванного несвоевременностью лечения с изменениями здоровья, о которых **Исполнитель** не был извещен.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия **Заказчика** (законного представителя **Заказчика**).

3.8. **Заказчик** дает **Исполнителю** согласие на обработку необходимых персональных данных **Заказчика**, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения **Исполнителем** обязательств по настоящему Договору.

4. Качество услуг и гарантийные обязательства

4.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

4.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) **Заказчиком** рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к **Исполнителю**.

4.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых **Заказчик** был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к **Исполнителю**.

4.4. Определить для **Заказчика** гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых **Исполнитель** будет выполнять свои обязательства. Гарантийные обязательства **Исполнителя** не сохраняются в случае выявления или возникновения у **Заказчика** в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния

организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

4.5. Гарантийный срок на оказанную услугу _____

5. Стоимость услуг и порядок расчетов

5.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у **Исполнителя** Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных стоматологических услуг, предоставляемых **Заказчику**, указывается (содержится) также в Приложении к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью.

5.2. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. **Исполнитель** обязан незамедлительно сообщить об этом **Заказчику**. При этом **Заказчик** вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив **Исполнителю** фактически понесенные расходы. Если **Заказчик** письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

5.3. Оплата осуществляется **Заказчиком** путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя**, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, либо иным, не запрещенным законом способом.

6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору **Исполнитель** и **Заказчик** несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

6.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается **Исполнителем** в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

6.4. В случае нарушения **Исполнителем** сроков оказания услуг **Заказчик** вправе по своему выбору потребовать: согласовать новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставляемой услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

6.5. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге **Заказчик** вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги; соответствующего уменьшения тарифа на оказанную услугу; безвозмездное изготовления другого изделия из однородного материала такого же качества или повторного оказания услуги, при этом **Заказчик** обязан возвратить полученное; возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.6. Недостатки оказанной услуги должны быть устранены не позднее 20 дней со дня предъявления требований **Заказчиком**.

6.7. **Заказчик** вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены **Исполнителем** в установленный срок.

6.4. **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: невыполнения или ненадлежащего выполнения **Заказчиком** назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов **Исполнителя** в том числе дома, отказа **Заказчика** от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; отказа **Заказчика** от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у **Заказчика** общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых **Заказчиком** и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у **Заказчика** индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением **Исполнителем** методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим **Заказчиком**; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа **Заказчика** после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. **Исполнитель** информирует **Заказчика** о расторжении договора по инициативе **Заказчика**, при этом **Заказчик** оплачивает исполнителю фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. Заключительные положения

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг **Исполнителем** **Заказчику**.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

8.4. До заключения Договора **Исполнитель** уведомил в письменной форме **Заказчика** 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 **Заказчика**.

_____ (ФИО и подпись **Заказчика**)

9. Адреса и подписи сторон:

Исполнитель:

ОГБУЗ «Ярцевская городская стоматологическая
поликлиника»
Юридический адрес: 215800,
Смоленская обл., г. Ярцево,
ул. К.Маркса, 9.
тел. (48143) 7-44-55, (48143) 7-24-62.
ОКПО 25772873, ОГРН 1026700974783
ИНН 6727002837, КПП 672701001

Заказчик:

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Паспорт (номер) _____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____
Адрес места жительства _____

Телефон _____
e-mail: _____

Гл. врач _____ Зайцев С.А.

_____ (подпись)

М.П.