**Договор**

о предоставлении платных медицинских услуг

г. Владивосток «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя отчество Заказчика), именуемый в дальнейшем «Заказчик», \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать фамилию, имя, отчество пациента), именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Пациенту указанные в приложении 1 медицинские услуги (далее также – ПМУ), а Заказчик/Пациент обязуется оплатить предоставленные медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором, а также выполнить требования Исполнителя, необходимые для качественного оказания услуг.

1.2. Срок оказания услуг не должен превышать 60 дней, конкретная дата оказания услуг определяется врачом с учетом очередности предоставления медицинских услуг.

1.3. Расчет за оказанные услуги производится в наличной форме или с использованием национальных платежных инструментов (при наличии у Исполнителя технической возможности) в срок не позднее 1 календарного дня, следующего за днем их оказания.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить платные медицинские услуги установленного качества в соответствии с предварительными разъяснениями, данными Заказчику/Пациенту.

2.1.2. До начала предоставления ПМУ получить от Заказчика/Пациента информированное добровольное согласие, данное в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.3. Поручить оказание ПМУ врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать Ф.И.О. врача);

2.1.4. Прекратить оказание ПМУ с соответствующим информированием Заказчика/Пациента при выявлении у Пациента соответствующих противопоказаний, а также в случае, если оказание медицинских услуг может нанести вред здоровью Пациента.

2.1.5. Продлить установленный пунктом 1.2 настоящего договора срок оказания услуг, если оказание услуг в указанный срок невозможно в результате действий (бездействий) Заказчика/Пациента, по независящим от Сторон причинам, включая возникновение необходимости в дополнительном лечении пациента.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при наличии следующих обстоятельств:

- медицинские противопоказания по данному виду услуги (работы);

- невыполнение предписаний и рекомендаций врача;

- неявка на прием или контрольный осмотр в назначенное время;

если Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество оказываемых услуг или повлечь за собой невозможность из завершения в срок, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания услуг либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемых услуг.

2.2.2. В случае отсутствия врача в день, назначенный для оказания услуг по настоящему договору, назначить другого врача для оказания услуг Пациенту (за исключением случая, когда Заказчик/Пациент возражает) и (или) перенести оказание услуг на другой день.

2.2.3. Не оказывать медицинские услуги Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

2.3. Заказчик/Пациент обязан:

2.3.1. В срок не позднее следующего календарного дня со дня завершения оказания услуг принять оказанную ему ПМУ, подписать акт оказанных услуг или дать в письменной форме мотивированный отказ от приемки оказанных услуг. В случае невыполнения Заказчиком обязанности, указанной в настоящем пункте, медицинские услуги считаются принятыми Заказчиком.

2.3.2.Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.3. Соблюдать режим лечения, выполнять все указания врача, оказывающего ПМУ, и медицинского персонала по вопросам оказания ПМУ.

2.3.4. Являться для получения ПМУ в установленное время, ожидать и (или) соблюдать очередность предоставления медицинских услуг при длительной консультации или длительном обслуживании предыдущего(их) пациента(ов), экстренном обслуживании другого(их) пациента(ов), обслуживании пациента(ов) в пределах гарантийного срока и при наличии других уважительных причин.

2.3.5. Сообщить до оказания услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, об иных обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг, обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.6. Известить Исполнителя об обнаружении недостатков оказанных по настоящему договору ПМУ в письменной форме в срок не позднее 3 календарных дней со дня обнаружения таких недостатков.

2.3.7. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях, этические нормы во взаимоотношениях с медицинскими и иными работниками Исполнителя, режим работы Исполнителя, не допускать грубого и неуважительного отношения к работникам Исполнителя, соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры.

2.4. Заказчик/Пациент имеет право:

2.4.1. На получение ПМУ, предусмотренных настоящим договором.

2.4.2. Получить в доступной для него форме имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о методах оказания медицинской услуги, связанном с ней риском, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской услуги.

**3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

3.1. Исполнитель после исполнения настоящего договора осуществляет выдачу Пациенту (в установленных законом случаях – Заказчику) медицинских документов (их копий, выписок), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. При этом дополнительная плата с Заказчика/Пациента не взимается.

3.2. Для получения указанных в пункте 3.1 настоящего договора документов Потребитель/Заказчик представляет Исполнителю запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них. Требования к форме и содержанию такого запроса устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии с частью 5 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.3. Максимальный срок выдачи указанных в пункте 3.1 настоящего договора документов не должен превышать 30 дней с момента регистрации Исполнителем запроса об их предоставлении.

**4. ГАРАНТИЙНЫЙ СРОК**

4.1. На медицинскую услугу, оказываемую по настоящему договору, в приложении № 1 к договору может устанавливаться гарантийный срок.

4.2. Срок действия гарантии исчисляется со дня оказания медицинской услуги.

4.3. Гарантийный срок прекращается в следующих случаях:

- нарушения сроков профилактических осмотров в соответствии с установленными рекомендациями лечащего врача;

- вмешательства в результат оказания услуг третьими лицами, в том числе работниками других стоматологических клиник, под которым понимается, в том числе, лечение зубов, ранее пролеченных Исполнителем, в других стоматологических клиниках.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчика/Пациента или в результате действия обстоятельств, не зависящих от Исполнителя, в том числе, при несоблюдении Пациентом гигиены полости рта, невыполнении назначений врача, назначенного режима лечения, несвоевременного сообщения о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья;

- возникновения осложнений при лечении, ранее проведенном третьими лицами;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика/Пациента;

- не предоставления Заказчиком/Пациентом информации о состоянии здоровья Пациента, о наличии противопоказаний к приему лекарственных препаратов и (или) проведении каких-либо лечебных манипуляций.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков предоставления медицинской услуги, если оно произошло по вине Заказчика/Пациента или вследствие непреодолимой силы.

5.4. Заказчик/Пациент несет ответственность за предоставление недостоверной информации, несоблюдение режима лечения, правил поведения пациента, несвоевременную оплату медицинских услуг.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Изменения и дополнения настоящего договора возможны по соглашению сторон в рамках действующего законодательства. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания сторонами дополнительных соглашений к договору. Дополнительные соглашения к договору являются его неотъемлемой частью и вступают в силу с момента их подписания сторонами.

6.2. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

6.3. Настоящий договор прекращается в случае отказа Пациента/Заказчика от медицинского вмешательства.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

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

7.2. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если договор заключен Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

7.3.К настоящему договору прилагаются следующие документы: выписка из реестра лицензий № Л041-01023-25/00369093 от 02.10.2013 г., выданная министерством здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская, д. 2, тел. (423) 241-21-25, 241-35-14) бессрочно, копия свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц, выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району города Владивостока 10.01.2012 г.

7.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** Государственное автономное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника»  Юридический адрес: 690037, Приморский край, г. Владивосток, ул. Адмирала Кузнецова, д. 64А,  ОГРН 1022501274960, ИНН / КПП 2536026364 / 253601001  Почтовый адрес для направления обращений (жалоб): 690091, Приморский край, г. Владивосток, ул. Уборевича, д. 14  Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": https://ksp-dv.ru/  Тел. 8 (423) 222-85-98 | **Заказчик:** Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пациент**: Ф.И.О.  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**10. ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Заказчик /  Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение 1 к договору

о предоставлении платных медицинских услуг

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Ф.И.О. Заказчика/Пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень, объемы и стоимость оказываемых по настоящему договору услуг:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Код услуги | Медицинская услуга | Цена | Кол-во | Стоимость | Срок гарантии |
|  |  |  |  |  |  |  |

Итого стоимость: \_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Медицинская сестра, помощник врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)