Приложение № 1

 к Правилам оказания платных медицинских услуг в

ГАУЗ СК «Георгиевская

стоматологическая поликлиника»

***ДОГОВОР***

**оказания стоматологических услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Худика Николая Андреевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество Заказчика*

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество Заказчика Потребителя*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*фамилия, имя, отчество Законного представителя Потребителя*

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
	1. Потребитель (Заказчик)поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию стоматологических услуг.
	2. Виды и стоимость предоставления стоматологических услуг устанавливаются в соответствии с Приложениями к договору - Квитанция на платные медицинские услуги; информированное согласие.
	3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**
	1. Исполнитель (оказывает услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково» № ­ЛО-26-01-003711 от 09.08.2016 г.., выданной комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, по адресу: г.Ставрополь, ул.Ленина, 415-Д, тел.: (8652) 56-65-78), обязуется:
		1. поручить врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_осуществить в оговоренное с Потребителем (Заказчиком) время собеседование, осмотр для установления предварительного диагноза, объем необходимого лечения и стоимость лечения (Приложение к договору Квитанция на платные медицинские услуги; информированное согласие). О результатах исчерпывающе проинформировать Потребителя (Заказчика), отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте Потребителя. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения осуществить качественное лечение в согласованные с Потребителем (Заказчиком) сроки, гарантийный срок на услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (гарантийный срок на пломбы из композиционных материалов химического и светового отверждения, зубопротезные конструкции из всех видов материалов – 12 месяцев.)
		2. предоставить потребителю (законному представителю потребителя) в информированном согласии 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.

* + 1. при предоставлении стоматологических услуг получить информированное согласие.
		2. выдать Потребителю (Заказчику) кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег за услуги, согласно действующему законодательству РФ.
		3. в случае, если в ходе лечения потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
		4. при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
		5. перенести срок выполнения работ или расторгнуть договор в случае несоблюдения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств, предусмотренных настоящим договором.
	1. Потребитель (Заказчик)обязуется:
		1. информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, дать информированное согласие на оказание услуги.
		2. в назначенное время являться на собеседование, обследование и лечение к врачу, назначенному Исполнителем. Выполнить все указания лечащего врача и медперсонала по технике безопасности во время оказания услуги, соблюдать гигиену полости рта и правила ухода за зубными протезами и пломбами с целью сохранения их потребительских свойств.

2.2.3. оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу по расценкам прейскуранта в сумме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб., оплата осуществляется по выполнении каждого этапа предоставленных услуг, на основании квитанции, но не позднее начала следующего этапа лечения.

3.Исполнитель вправе:

3.1. 1. отказать в приёме «Пациента» в случаях:

- при наличии у Потребителя медицинских противопоказаний;

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- задолженности за ранее оказанные услуги;

3.1.2. при несоблюдении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств Исполнитель в праве перенести срок выполнения работ или расторгнуть договор.

3.2. Потребитель (Заказчик) вправе:

3.2.1. требовать от Исполнителя предоставления качественных платных услуг, согласно стандартным требованиям.

3.2.2. Требовать при неудовлетворительном качестве оказанной платной услуги возмещения ущерба Исполнителем в соответствии с законом «О защите прав потребителей».

3.2.2. отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг, договор при этом расторгается.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее Исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3. Потребитель (Заказчик) несет ответственность за достоверность предоставленной информации, выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных услуг.

3.4. В случаях несообщения Потребителем информации о перенесенных и имеющихся заболеваниях Исполнитель снимает с себя ответственность за результат услуг.

3.5. Претензии и споры, возникшие между Сторонами по настоящему договору, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения согласия путем переговоров претензии и споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**
	1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

4.2. Договор расторгается по инициативе Потребителя в соответствии с п. 3.2.2. настоящего договора, при этом Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

* 1. Договор расторгается по инициативе Исполнителя в соответствии с п. 2.1.7. настоящего договора, в случае несоблюдения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств, предусмотренных настоящим договором.
1. **ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН.**
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.
	2. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае, если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
	3. Интересующую информацию (Лицензия на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, условия предоставления, специалисты и т.д.) Потребитель может получить в поликлинике на информационном стенде, в электронном терминале и на сайте: [www.georgsp.ru](http://www.georgsp.ru/).
	4. Заказчик настоящим договором подтверждает, что Исполнителю разъяснено право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы.

Исполнитель: ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»,

357820, СК, г. Георгиевск, ул. Лермонтова, 59, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 15.02.2013 г., зарегистрировано: Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 11 СК

От Исполнителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *должность,**фамилия, имя, отчество врача*

Потребитель (законный представитель):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*паспортные данные, домашний адрес, номер телефона, подпись*

Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Министерство здравоохранения Ставропольского краяГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ**«Георгиевская стоматологическая****поликлиника»**357820, г.Георгиевск, ул.Лермонтова, 59**ОКПО 32641723 ИНН 2625013173 ОКВЭД 85.13** |

Утверждена приказом

Главного врача ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»

**КВИТАНЦИЯ № Серия ЛХ**

**(перечень платных медицинских услуг)**

Ф.И.О. Потребителя (Заказчика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выполнения заказа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | № карты | Вид услуги | Кол-во услуг | Цена за услугу | Сумма,руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |

Всего по квитанции:

Сумма прописью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплатил Потребитель (Заказчик)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Получил кассир (материально-ответственное лицо)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ФИО

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. М.П.

 дата оплаты

Квитанция является бланком строгой отчетности

АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

к договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_от \_\_\_\_\_

г. Георгиевск "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с

 (Ф.И.О.)

 одной стороны, и

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника», в лице главного врача Худика Н.А., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_от \_\_\_\_\_ Исполнитель оказал медицинские услуги по:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **виды медицинских услуг** | **кол-во** | **сумма** |
|  |  |  |
|  |  |  |

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

 Исполнитель: Потребитель (Заказчик):