Приложение № 1

к Положению о порядке

предоставления платных медицинских услуг в

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»

 ***ДОГОВОР №т карты***

**оказания платных стоматологических услуг №**

г. Георгиевск «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Амбарцумова Дмитрия Эдуардовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество Заказчика (Законного представителя)*

именуемый в дальнейшем «Заказчик (Законный представитель)», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
	1. Заказчик (Законный представитель)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 – Перечень стоматологических услуг; Информированное согласие; План лечения.
	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-26-01-004028 от 26.04.2017 г.., выданной Министерством здравоохранения Ставропольского края, по адресу: г.Ставрополь, ул.Ленина, 415-Д, тел.: (8652) 56-65-78), обязуется:
		1. Поручить врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
		осуществить в оговоренное с Заказчиком (Законным представителем) время собеседование, осмотр для установления предварительного диагноза, объем необходимого лечения и стоимость лечения (Приложение к договору кассовый чек; информированное согласие). О результатах исчерпывающе проинформировать Заказчика (Законного представителя), отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте Потребителя. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения осуществить качественное лечение в согласованные с Заказчиком (Законным представителем) сроки, гарантийный срок на услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (гарантийный срок на пломбы из композиционных материалов химического и светового отверждения, зубопротезные конструкции из всех видов материалов – согласно Положению об установлении гарантийного срока.)
		2. Срок оказания медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.1.3 Срок оказания медицинских услуг может быть увеличен:

- в случае несоблюдения «Заказчиком» установленного времени посещения врача – на соответствующий период времени;

- по обстоятельствам, не зависящим от «Исполнителя», -на период действия таких обстоятельств;

- на период болезни врача или зубного техника, но не более чем на 20 рабочих дней.

2.1.4. Предоставить Заказчику (Законному представителю) 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.

2.1.5. При предоставлении стоматологических услуг получить добровольное информированное согласие.

2.1.6. Выдать Заказчику (Законному представителю) кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег за услуги, согласно действующему законодательству РФ.

2.1.7. В случае, если в ходе лечения потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Законного представителя). Без согласия Заказчика (Законного представителя) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.8. 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.

* 1. Заказчик (Законный представитель)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., без НДС,

 оплата осуществляется по выполнении каждого этапа предоставленных услуг, но не позднее начала следующего этапа лечения, или в виде предоплаты.

2.2.4. Оплата стоматологических услуг производится непосредственно в кассу Исполнителя и/или безналичным путем с использованием банковских карт.

2.2.5. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика (Законного представителя) с учетом диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего договора. Без согласия Заказчика (Законного представителя), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему договору.

2.3. Исполнитель вправе:

2.3.1. Отказать в приёме «Пациента» в случаях:

- при наличии у Потребителя медицинских противопоказаний;

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- задолженности за ранее оказанные услуги;

2.3.2. При несоблюдении Заказчиком (Законным представителем) своих обязательств Исполнитель в праве перенести срок выполнения работ (оказания услуг) или расторгнуть договор.

2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право на односторонний отказ от исполнения настоящего договора в случае отсутствия возможности оказать стоматологические услуги пациенту.

2.4.1. Заказчик (Законный представитель) вправе:

2.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления качественных платных услуг, согласно стандартным требованиям.

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

2.4.5. Отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг, договор при этом расторгается.

2.5. Заказчик (Законный представитель) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006);

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**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. Заказчик (Законный представитель) 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 Заказчика (Законного представителя) в соответствии с п.2.4.5. настоящего договора, при этом Исполнитель информирует Заказчика (Законного представителя) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Законного представителя), при этом Заказчик (Законный представитель) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

* 1. Договор расторгается по инициативе Исполнителя в соответствии с п.2.3.2. настоящего договора, в случае несоблюдения Заказчиком (Законным представителем) 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 Законного представителя, третий - у Заказчика. В случае, если договор заключается Заказчиком 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/).
2. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Исполнитель: Заказчик:

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника»,

357820, Ставропольский край, г. Георгиевск, ул. Лермонтова, 59, Заказчик (Законный представитель):

ИНН 2625013173 ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 262501001 Паспорт:

 Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 15.02.2013 г., Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрировано: Межрайонной инспекцией Федеральной

налоговой службы № 11 СК Министерство финансов Ставропольского края

(045.40.162.8 ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая поликлиника») \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 40601810600023000001 Адрес места жительства:

БИК 040702001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email geosp2007@yandex.ru Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел./факс (887951) 3-20-32

От исполнителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*ФИО врача, подпись ФИО Заказчика (Законного представителя), подпись*

***Приложение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_*** от ***\_\_\_***

ГАУЗ СК «Георгиевская стоматологическая 357820, Ставропольский край, г. Георгиевск,

поликлиника» ул. Лермонтова,59

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

***Предварительный план лечения от: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 (Перечень стоматологических услуг)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| н/п | Зубы | Наименование манипуляции | Кол-во | Цена | Итого |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Всего к оплате |  |

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

(Сумма прописью)

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

 (подпись)

С предложенным планом лечения

ознакомлен и согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)