

ДОГОВОР
на оказание платных стоматологических услуг

ОГРН 1034223000338

№

г.Прокопьевск

Гражданин(ка)

именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» с одной стороны, и ГАУЗ КО «Прокопьевская городская стоматологическая поликлиника №2», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице главного врача Мясникова Владимира Никитовича, действующего на основании Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г, Устава и Лицензии № ЛО 42-01-004802 от 28.12.2016г, выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области (г. Кемерово проспект Ленина,121б) на оказание стоматологических услуг, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором **Исполнитель** обязуется оказать стоматологические услуги, согласно видам деятельности, заявленным в Лицензии № ЛО 42-01-004802 от 28.12.2016г.

1.1.1. Оказание первичной, доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- Ортодонтии;
- Стоматологии детской;
- Стоматологии ортопедической;
- Стоматологии терапевтической;
- Стоматологии хирургической.

Заказчик обязуется оплатить следующие услуги:

| Дата | Стоматологические услуги | Стоимость услуги | Сроки оказания услуги | Ф.И.О.врача, оказывающего услугу |
|------|--------------------------|------------------|-----------------------|----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

1.2. **Заказчик** при подписании настоящего Договора ознакомлен с перечнем предоставляемых **Исполнителем** услуг, местом их оказания и условиями их предоставления, о режиме работы структурных подразделений и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида стоматологической помощи за счет государственных средств в рамках объема и условий территориальной программы ОМС.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. **Исполнитель** вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание стоматологической услуги.

2.1.2. **Исполнитель** вправе с уведомлением **Заказчика** вносить изменение в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения стоматологической услуги **Исполнитель** вправе назначить другого врача.

2.2. Права Заказчика:

2.2.1. **Заказчик** вправе требовать от **Исполнителя** надлежащего качества предоставляемой стоматологической услуги.

2.2.2. **Заказчик** вправе требовать проведение по его просьбе консилиума и консультации других специалистов.

2.2.3. **Заказчик** имеет право отказаться от стоматологических услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

2.3. Обязанности Исполнителя:

2.3.1. **Исполнитель** принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п.1.1. настоящего Договора в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.3.2. **Исполнитель** обязан предоставлять **Заказчику** информацию о ходе оказания стоматологической услуги в понятной и доступной форме.

2.3.3. **Исполнитель** обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне **Заказчика**.

2.4. Обязанности Заказчика:

2.4.1. **Заказчик** обязан до оказания ему стоматологической услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях .

2.4.2. **Заказчик** обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему по Договору стоматологические услуги по лечению, протезированию, в том числе **Заказчик** обязан соблюдать все рекомендации, указания медицинского персонала, необходимые для гарантийного срока

2.4.3. Гарантийные сроки при оказании стоматологической помощи месяцев

3. Стоимость услуги и порядок оплаты

3.1. Оплата услуг осуществляется **Заказчиком** в порядке 100-ой предоплаты до получения услуг, указанных в п.1.1. настоящего Договора путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

3.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость указываемых по настоящему Договору услуг может быть изменена **Исполнителем** только после согласования с **Заказчиком**.

3.3. По требованию **Заказчика**, оплатившего услуги, обязан выдать справку об оплате оказанных платных стоматологических услуг для предоставления в налоговые органы **Исполнитель** Российской Федерации установленной формы.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неоплаты **Заказчиком** стоимости стоматологических услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора, **Исполнитель** имеет право отказать **Заказчику** в оказании услуг до её оплаты.

4.2. **Исполнитель** не несет ответственности за результаты оказания стоматологических услуг в случаях несоблюдения **Заказчиком** рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. **Исполнитель** несет ответственность за несоответствие услуги, как по объему, так и по качеству в соответствии с действующим законодательством с учетом специфики оказываемых стоматологических услуг.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.5. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.3. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй у заказчика, третий у пациента.

6. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

ГАУЗ КО «Прокопьевская городская стоматологическая поликлиника №2» 653000, Кемеровская обл.\, г.Прокопьевск, ул.космонавта Волынова 13
ИНН4223009822 КПП 422301001 Р/с 40601810300001000001
Банк: Отделение Кемерово , г.Кемерово
Тел. 8(3846)61-43-30, регистратура 61-33-73
Главный врач.Мясников В.Н

Заказчик:

Фамилия
Адрес
Паспорт
Телефон

_____ / _____
подпись пациента

_____ / _____
дата

Информированное согласие на проведение платных стоматологических услуг

Я, пациент _____ карта пациента № _____, в рамках Договора об оказании платных стоматологических услуг, желаю получить платные стоматологические услуги в ГАУЗ КО «Прокопьевская городская стоматологическая поликлиника №2», далее ГАУЗ КО ПГСП №2, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ КО ПГСП №2 полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных стоматологических услуг в ГАУЗ КО ПГСП №2 в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных стоматологических услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных стоматологических услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология стоматологической помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГАУЗ КО ПГСП №2 не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ КО ПГСП №2.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных стоматологических услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ КО ПГСП №2.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной стоматологической услуги в соответствии с ним.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов стоматологических услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____ / _____ / «__» _____ 20__ г

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных стоматологических услуг.

ГАУЗКО ПГСП №2

_____ / _____ /

(фамилия, имя, отчество врача, оказывающего мед.услугу)

(подпись)