

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Лабинск

« ____ » _____ 20 ____ г.

ГАУЗ «Лабинская стоматологическая поликлиника» МЗ КК именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Зоркина Вячеслава Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) (ФИО) _____

или его законный представитель (ФИО) _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказанных платных медицинских услуг. «Заказчик» поручает, а исполнитель обязуется оказать «Заказчику» платную медицинскую услугу: _____

1.2. Место оказания услуги: г. Лабинск, ул. Пушкина, д. 73.

1.3. «Исполнитель» имеет лицензию – № ЛО-23-01-013139 от 21.01.2019 г. выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края (адрес лицензирующего органа: г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел.8(800)200-03-66).

1.4. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика 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. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг согласно прейскуранту составляет: _____

руб.

2.2. Оплата «Заказчиком» производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет «Исполнителя» до предоставления медицинской услуги (предоплата).

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия «Заказчика» с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» качественную медицинскую услугу в установленный срок;
- заблаговременно предоставить «Заказчику» доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- обеспечить все необходимые условия пребывания в лечебном учреждении «Заказчика»;
- незамедлительно информировать «Заказчика» об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;
- вести всю необходимую документацию в установленном действующим законодательством порядке;
- не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у «Исполнителя» документацию «Заказчика»;
- выдать «Заказчику» кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором;
- отказаться от исполнения обязательств, при условии возврата «Заказчику» стоимости оплаченной услуги;

3.3. «Заказчик» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуги;
- сообщить исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации «Исполнителя» (при их наличии) а так же все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах которые могут повлиять на ход лечения);
- точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной «Заказчиком»;
- выполнять все предписания, назначения, рекомендации исполнителя, в том числе назначенного режима лечения.

3.4. «Заказчик» имеет право:

- на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- отказаться от получения услуги на любом этапе и получать оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат.

4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

4.1. «Исполнитель», согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности имеет право оказывать следующие работы (услуги):

- Осуществление доврачебной медицинской помощи по:
 - рентгенологии;
 - сестринскому делу;
 - стоматологии;
 - стоматологии ортопедической;
 - физиотерапии.
- Осуществление амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе:
- при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по:
 - стоматологии детской;
 - стоматологии профилактической.
- при осуществлении специализированной медицинской помощи по:
 - ортодонтии;
 - рентгенологии;
 - стоматологии детской;
 - стоматологии ортопедической;
 - стоматологии терапевтической;
 - стоматологии хирургической;
 - экспертизе временной нетрудоспособности;
 - стоматологии.

4.2. «Заказчик» уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в программу ОМС и не финансируется (финансируется) из средств ОМС.

4.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует «Заказчика» и устанавливает отсутствие противопоказаний.

4.4. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование.

4.5. Продолжительность услуги: _____ часов (дней).

4.6. Лечение проводит врач _____ (ФИО, врачебная квалификация, категория).

4.7. «Заказчик» дает согласие (отказывается) на сообщение в стол информации «Исполнителя» о пребывании в учреждении.

4.8. «Заказчик» разрешает передавать информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим

лицам: (ФИО) _____.

4.9. «Заказчик» дает согласие (отказ) на получение информации о своем здоровье лично. При отказе — эти сведения сообщить:

(ФИО) _____.

4.10. В связи с оказанием медицинской услуги, в предусмотренных нормативными актами МЗ РФ случаях, «Заказчику» по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.11. «Заказчик» информирован:

4.11.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью. В случае возникновения осложнений «Исполнитель» предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

4.11.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае ненадлежащего оказания услуги «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:

5.1.1. Безвозмездного устранения недостатков услуги;

5.1.2. Соответствующего уменьшения стоимости услуги;

5.1.3. Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла «Заказчика».

5.3. «Заказчик» возмещает «Исполнителю» фактические убытки, если последний не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Заказчика».

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

6.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям предусмотренным законодательством.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.

7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному у каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.

8. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Подписав данный договор «Заказчик» выражает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, уничтожение, трансграничную передачу) следующих его персональных данных «Исполнителем»:

- Фамилия, имя отчество;
- Год, месяц и дата рождения;
- Место рождения;
- Адрес регистрации, адрес фактического проживания;
- Паспортные данные;
- Место работы, профессия, специальность, занимаемая должность;
- Семейное, социальное, имущественное положение;
- Сведения о социальных льготах;
- Домашний и мобильный телефон;
- Данные медицинской карты заказчика, результаты обследований и анализов.
- Согласие на обработку персональных данных предоставляется Заказчиком только для исполнения сторонами условий настоящего договора.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН:

«Исполнитель»:

ГАУЗ «Лабинская стоматологическая
поликлиника» МЗ КК
352500 Краснодарский край
г. Лабинск ул. Пушкина, 73
ОГРН 1022302347319
ИНН 2314016125 КПП 231401001
ОКПО 31382751 БИК 040349001
Р/СЧ 40601810900003000001
в Южное ГУ Банка России г. Краснодар
л/сч 828.72.045.0 в Минфин КК (ГАУЗ «Лабинская
стоматологическая поликлиника» МЗ КК
Тел./факс: (861-69) 3-25-02

«Заказчик»:

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Паспорт _____ № _____

Кем выдан _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

Главный врач _____ **В. В. Зоркин**

(подпись)

(подпись)

М.П.

« _____ » _____ 20____ г.

« _____ » _____ 20____ г.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,
(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Муниципальное учреждение здравоохранения муниципального образования Лабинский район «Стоматологическая поликлиника» (лицензия № ЛО-23-01-013139 от 21.01.2019 г. выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края).

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

_____ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ »

г.

_____ (дата оформления)