

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Казань " _____ " _____ 201 _____ г.

ГАУЗ "Детская стоматологическая поликлиника №5" г.Казани, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Файзрахманова И.М., действующего на основании Устава, Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 19.06.2013г. № ЛО-16-01-002639, выданной Управлением по лицензированию Министерства Здравоохранения РТ, расположенным по адресу 420012, РТ, г.Казань, ул.Бутлерова, д.16, тел.236-65-72,(перечень работ (услуг) прилагается), и Свидетельства о государственной регистрации юридического лица от 06.07.2012г. №1021603277519, выдана МИФНС №18 по РТ, с одной стороны и

ПОТРЕБИТЕЛЕМ

ФИО	
Адрес по прописке	
Дата рождения	
Телефон	

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

ЗАКАЗЧИКОМ

ФИО	
Адрес по прописке	
Дата рождения	
Телефон	

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленных государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 2.1.1 договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Срок оказания медицинских услуг с " _____ " _____ 201 _____ г. по " _____ " _____ 201 _____ г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5. До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

(подпись Потребителя, Заказчика)

2. Права и обязанности Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение N 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю (Заказчику) медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Потребителя (Заказчика).

2.1.7. Немедленно известить Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется 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.

2.1.9. 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".

2.1.10. Обеспечить Потребителя (Заказчика) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.11. Обеспечить Потребителю (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя (Заказчика) или его представителя копии медицинских документов, отражающих здоровье Потребителя (Заказчика).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (Заказчиком) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

2.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя (Заказчика), достаточных для его идентификации.

2.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Оплатить оказанные медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере и сроки, установленные в настоящем договоре.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, масел и пр.

2.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.5. Получать у Исполнителя для ознакомления любые данные, касающиеся протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом платных медицинских услуг и составляет

_____ рублей _____ коп.

(сумма прописью)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8 настоящего договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются (нужное отметить):

наличными через кассу Исполнителя, расположенную по адресу: РТ, г.Казань, ул.Сабан, д.1 в день оказания платных медицинских услуг, оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, в срок " _____ " _____ 201 ____ г..

безналичными через терминал Исполнителя, расположенный по адресу: РТ, г.Казань, ул.Сабан, д.1 в день оказания платных медицинских услуг, оказанных в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг;

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется (нужное отметить): Заказчик /Потребитель

3.4. При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика) Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае предоставления Потребителю (Заказчику) медицинской услуги ненадлежащего качества либо в ненадлежащий срок Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4.2. Потребитель (Заказчик) имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Потребителю (Заказчику) по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. по письменному соглашению Сторон, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.2. в одностороннем порядке по инициативе Потребителя (Заказчика) путем подачи заявления на имя руководителя учреждения, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы;

6.2.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. 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.

7. Прочие условия

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона, считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7.2. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

Потребитель (Заказчик):

ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 5» г.Казани

Ф.И.О. _____

Адрес: 420033, Республика Татарстан, г.Казань, ул.Сабан, д.1

Паспортные данные _____

ИНН 1656013220 КПП 165801001

ОГРН 1021603277519

р/с 40601810000023000004

банк ПАО «Ак Барс банк» г.Казань

к/с 3010181000000000805 БИК 049205805

(843) 557-27-93 регистратура

Тел. (843) 564-14-26 (бух), 557-44-20 (факс)

серия _____ № _____

выдан _____

_____/Файзрахманов И.М./

Подпись Ф.И.О.

М.П.

Адрес _____

_____/_____/

Подпись

Ф.И.О.

N _____

от " _____ " _____ 201_____ г.

ПЕРЕЧЕНЬ
Оказываемых Потребителю (Заказчику) платных медицинских услуг

№	Код	Наименование	Кол-во	Стоимость	Сумма
				Итого	

заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным в ГАУЗ «ДСП № 5»

Подписи сторон

Исполнитель

Потребитель (Заказчик)

Главный врач

_____ /Файзрахманов И.М. _____ / _____

ПЕРЕЧЕНЬ

работ и услуг, которые вправе осуществлять учреждение, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии, гигиеническому воспитанию, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гигиеническому воспитанию, неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг.

Я, _____,

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг N _____ от " _____ " _____ 201_____ г. желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «ДСП №5», при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ «ДСП №5» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ «ДСП №5» в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

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

3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской 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, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации ГАУЗ «ДСП №5» несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «ДСП №5»

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «ДСП №5», и согласен(а) их оплатить

№	Код	Наименование	Кол-во	Стоимость	Сумма
				Итого	

6. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в ГАУЗ «ДСП № 5» в сумме

(сумма цифрами и прописью)

8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «ДСП № 5»

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О. _____

Паспортные данные

серия _____ **№** _____

выдан _____

Адрес _____

_____/_____/_____ /
Подпись / Ф.И.О.