

**Договор
об оказании платных стоматологических услуг**

г. Абакан

« » _____ 20 года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника», юридический адрес Республика Хакасия, город Абакан, ул. Пушкина ,155, в лице главного врача Сухих Анны Анатольевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, либо _____ (заполняется при заключении договора в интересах несовершеннолетнего до 18 лет или недееспособного лица) именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», являющийся законным представителем _____, _____ г.р., именуемого в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту /Заказчику/ платные стоматологические услуги в соответствии с Лицензией № ЛО-19-01-001056 от 19.04.2018г. (далее - Лицензия), выданной Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Республика Хакасия, город Абакан, ул. Крылова,72, тел. 8(3902)29-50-46, а Пациент/Заказчик/ обязуется оплатить оказанные услуги Исполнителя в сроки и на условиях, определенных настоящим Договором. Перечень медицинских услуг, предоставляемых Пациенту /Заказчику/, указывается в плане лечения, который является неотъемлемой частью договора, составляемым лечащим врачом и согласованным с Пациентом /Заказчиком/ (далее - План лечения).

1.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, размещен на сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

1.3. Исполнитель, по согласованию с Пациентом/Заказчиком назначает ответственным за оказание услуг специалиста (ов):

специальность _____ Ф.И.О. _____

специальность _____ Ф.И.О. _____

1.4. План лечения (составляется в соответствии с Прейскурантом) Дата составления : " ____ " _____ 20 ____ г.

№№	Код услуги по прейскуранту	Наименование услуги по прейскуранту с указанием зуба(ов)	Стоимость услуги по прейскуранту	Количество однотипных услуг	Сумма
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
ИТОГО:					

Дата подписания " ____ " _____ 20 ____ г.

С планом лечения согласен. Со стоимостью услуг согласен. Подпись _____/Ф.И.О. _____/

Настоящий план лечения подписан пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Врач _____/Ф.И.О. _____/

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1.1. Предоставить достоверную информацию о режиме работы, перечне предоставляемых услуг с указанием стоимости, порядке оказания медицинской помощи Исполнителем, Положении о гарантийных сроках и сроках службы.

2.1.2. Осуществить диагностическое обследование Пациента/Заказчика/ с занесением его результатов в медицинскую карту. В случае необходимости предложить пройти дополнительные обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза.

2.1.3. На основании результатов обследования проинформировать Пациента/Заказчика/ о выявленной патологии, диагнозе, существующих методах лечения, их преимуществах и недостатках, сути предстоящего лечения, рисках, возможных осложнениях и дискомфорте в процессе лечения, а также его прогнозе. Предоставить Пациенту /Заказчику/ рекомендуемый план лечения, согласовав с ним перечень медицинских мероприятий, определить порядок, срок их исполнения и ориентировочную стоимость данных услуг.

2.1.4. Незамедлительно предупреждать Пациента/Заказчика/ об обстоятельствах, грозящих качеству конечного результата оказываемых медицинских услуг, либо создающих невозможность оказания их в срок.

2.1.5. Провести выполнение стоматологических услуг в рамках Плана лечения в сроки, согласованные с Пациентом/Заказчиком/ при соблюдении им рекомендаций врача и сроков явки на прием.

2.1.6. Поставить в известность Пациента/Заказчика/ о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания платных медицинских услуг.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.2.1. Исполнитель имеет право отказать Пациенту/Заказчику/ в оказании услуг при наличии противопоказаний к ним, невыполнении Пациентом/Заказчиком/рекомендаций Исполнителя, отказе подписания настоящего Договора, состоянии алкогольного (наркологического, токсического) опьянения, наличии задолженности перед Исполнителем, а также если действия Пациента/Заказчика/ угрожают жизни и здоровью персонала и третьих лиц.

2.2.2. Сократить продолжительность оказания услуги без изменения ее стоимости на время опоздания Пациента/Заказчика/, либо отказать в ее проведении и перенести на другой день, если оставшегося времени недостаточно для проведения данной медицинской услуги.

2.2.3. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента/Заказчика/ план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор. При этом Пациент обязан оплатить фактически понесенные расходы Исполнителя.

2.2.4. В случае отсутствия лечащего врача по уважительной причине, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения или перенести дату оказания услуг.

2.2.5. Отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения понесенных убытков в связи с его расторжением, если Пациент /Заказчик/, несмотря на предупреждения со стороны Исполнителя, не принял мер для устранения обстоятельств, угрожающих качеству конечного результата медицинской услуги.

2.2.6. Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае неоднократной неявки Пациента на прием без предварительного уведомления Исполнителя.

2.3. ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК/ ОБЯЗАН:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу всю необходимую информацию о состоянии своего здоровья и его изменениях, а также любые иные сведения, которые могут сказаться на качестве медицинской услуги.

2.3.2. Следовать Плану лечения, соблюдать сроки обращения в клинику для продолжения лечения и профилактических осмотров. Являться на прием заблаговременно. В случае невозможности явки по уважительной причине - предупредить Исполнителя не менее чем за сутки.

2.3.3. Ознакомиться с порядком оказания медицинской помощи Исполнителем, положением о гарантийных сроках и сроках службы, а также с прейскурантом на услуги Исполнителя.

2.3.4. Полностью и своевременно оплачивать предоставленные стоматологические услуги по ценам действующего прейскуранта.

2.3.5. Ознакомиться и удостоверить личной подписью Анкету здоровья, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, План лечения.

2.3.6. При невозможности выполнения Исполнителем обязательств по Договору, возникших по вине Пациента/Заказчика/, оплатить фактически оказанные услуги Исполнителя по действующему прейскуранту.

2.4. ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК/ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.4.1. Получить бесплатную и достоверную информацию, указанную в постановлении Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

2.4.2. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими пациентами. Выбрать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.4.3. Выбрать план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения. Получить разъяснения по Плану лечения.

2.4.4. Отказаться от медицинского вмешательства, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае Пациент /Заказчик/ не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения. Незрасходованные при лечении суммы авансовых платежей возвращаются Пациенту /Заказчику/ в течение 3 (трех) рабочих дней со дня даты подачи заявления о возврате неизрасходованной суммы.

2.4.5. Получить высококвалифицированную медицинскую стоматологическую помощь в объеме и по стоимости, предусмотренную Договором и Планом лечения.

3. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется по расценкам прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оказания услуги. Стоимость услуг по договору составляет _____ рублей ____ коп. (_____)

3.2. Оплата производится в рублях. При безналичном расчете датой оплаты считается день зачисления денег на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Оплата за терапевтическое и хирургическое лечение производится Пациентом/Заказчиком/ по факту в день получения услуги.

Лечение по ортодонтии съемным ортодонтическим аппаратом оплачивается в размере 100 (Сто) % в день начала оказания услуги.

Лечение по ортодонтии несъемным ортодонтическим аппаратом (брекет-системой) оплачивается в размере 50 (Пятьдесят) % в день начала оказания услуги, окончательный расчет подлежит выплате авансом, равными частями в течение шести месяцев.

3.4. В случае невозможности исполнения Договора, возникшей по вине Пациента /Заказчика/, стоматологические услуги оплачиваются в полном объеме.

4. ГАРАНТИИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента/Заказчика/. Общие гарантийные обязательства изложены в Положении об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ГБУЗ РХ «РКСП» (далее - Положение о гарантийных сроках и сроках службы), представленных для ознакомления Пациенту /Заказчику/на стенде информации для посетителей.

4.2. Гарантийные обязательства не распространяются на следующие случаи:

- если после лечения в период действия гарантий у Пациента возникнут (проявятся) заболевания или физиологические состояния, которые способны негативно повлиять на достигнутые результаты (беременность, возникновение сопутствующих заболеваний или воздействие вредных факторов окружающей среды, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний);

- при неоднократном (более двух раз) обнаружении у Пациента неудовлетворительной гигиены полости рта и не соблюдение рекомендаций стоматолога;

- если Пациент не соблюдает график контрольных и профилактических осмотров, предусмотренный планом лечения, т.к. это лишает врача возможности обеспечивать стабильность качественных показателей своей работы;

- невыполнение Пациентом рекомендованного плана лечения, если отдельные невыполненные или незавершенные его пункты, этапы определяют результаты лечения, на которое устанавливаются гарантии;

- если в период лечения у врача Пациент будет параллельно лечиться в другой стоматологической клинике;

- если Пациент будет корректировать результаты лечения в другой клинике;
- если скажутся обстоятельства непреодолимой силы (авария, удар, стихийные бедствия), способные негативно повлиять на результаты лечения;
- отказ Пациента от полной санации полости рта (терапевтической и хирургической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма; отказ от установленного плана лечения;
- естественный износ замковых, винтовых приспособлений в ортодонтических аппаратах.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Пациент/Заказчик/ имеет право расторгнуть в одностороннем порядке Договор в любое время, оплатив Исполнителю по действующему прейскуранту фактически оказанные услуги и понесенные Исполнителем расходы.

5.2. Если Пациент/Заказчик/ не выполняет рекомендаций Исполнителя (врача), то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента /Заказчик/ следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения Исполнителя равносильно одностороннему расторжению договора.

5.3. Неоплата услуги (или ее части) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора.

5.4. Возникающие между Пациентом /Заказчиком/ и Исполнителем разногласия и споры разрешаются по соглашению сторон, при недостижении согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ. Написание претензии является обязательным.

5.5. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Заказчик обязан:

- соблюдать требования о неразглашении персональных данных Пациента и Заказчика в соответствии с требованиями действующего законодательства в области обработки и защиты персональных данных;
- предпринимать все необходимые правовые, организационные и технические меры по защите персональных данных Пациента и Заказчика.

7. ЗАВЕРЕНИЯ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ СТОРОН

7.1. В соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 Пациент/Заказчик/ подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных Пациента/Заказчика/: сбор, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, обезличивание, уничтожение, с целью эффективного исполнения Договора, в том числе информирования о предстоящем посещении врача, предоставления иных, связанных с исполнением Договора сведений путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки. Срок согласия равен сроку действия Договора.

7.2. Пациент /Заказчик/ подтверждает, что Исполнитель предоставил ему в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ обязательного медицинского страхования.

7.3. Пациент /Заказчик/ подтверждает, что дает добровольное согласие на оказание платных стоматологических услуг в ГБУЗ РХ "РКСП" и оплатить стоимость указанных услуг в соответствии с планом лечения и договором.

7.4. Пациент ознакомлен с Лицензией и перечнем работ (услуг), выполняемых Исполнителем в соответствии с Лицензией.

7.5. Пациент /Заказчик/ ознакомлен с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ГБУЗ РХ «РКСП». Условия предоставления гарантийных обязательств, гарантийные сроки и сроки службы ему разъяснены и понятны. Пациент/Заказчик/ проинформирован о правилах эксплуатации пломбы и всех других медицинских изделий.

7.6. Пациент /Заказчик/ подтверждает, что до заключения Договора Исполнитель уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

7.7. Пациент/Заказчик/ предоставляет разрешение Исполнителю делать диагностические модели, фотографии, связанные с состоянием Пациента и лечебными процедурами и использовать их для научных или образовательных целей.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ГБУЗ РХ «РКСП»
655017, Республика Хакасия,
г.Абакан, ул.Пушкина, 155
тел. 8(3902)22-01-17
ИНН/КПП 1901017795/190101001
УФК по Республике Хакасия
(ГБУЗ РХ «РКСП» л/с 20806Ш90190)
р/сч 40601810500951000001
Отделение - НБ Республика Хакасия
БИК 049514001
ОГРН 1021900520487, выдан Межрайонной инспекцией МНС
России № 1 по РХ 02.09.2002г.
ОКПО 39081902 ОКОНХ 91514

Лечащий врач _____ / _____ /

Главный врач _____ А.А.Сухих

М.П.

*При оказании услуг несовершеннолетнему от 14 до 18 лет — вносятся паспортные данные и подпись несовершеннолетнего лица, при этом должно быть письменное согласие его законного представителя (согласие ставится под текстом Договора, допускается последующее письменное одобрение Договора).

При оказании услуг несовершеннолетнему до 14 лет - вносятся паспортные данные и подпись законного представителя.

ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК/

Ф.И.О. _____

Место жительства _____

Паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

Контактный телефон _____

Пациент/Заказчик/

_____ / _____ /