

УВЕДОМЛЕНИЕ

г Воскресенск

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", он обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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.

До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен.

Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 2024г

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

Город Воскресенск

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Воскресенская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ МО «Воскресенская стоматологическая поликлиника») именуемое в дальнейшем **Исполнитель** в лице исполняющего обязанности главного врача Галкиной Татьяны Викторовны, действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Московской области №561-ЛУ от 16.11.2023 и Лицензии № ЛО41-01162-50/00355304 от 27.07.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области, с одной Стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем **Пациент**

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства силами медицинского персонала оказывать **Пациенту** платные медицинские услуги в виде консультаций, обследований, вмешательств, манипуляций, процедур на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, именуемые в дальнейшем **Услуги**, отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а **Пациент (Заказчик)** обязуется оплатить их в порядке, установленном **Договором**, и размере, согласно действующих тарифов, утвержденному приказом руководителя **Исполнителя** в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации»

1.2. Настоящий Договор является подтверждением того, что **Исполнитель** до заключения настоящего **Договора** в достаточном объеме и доступной форме предоставил **Пациенту (Заказчику)**:

1.2.1. Перечень услуг в рамках программы ОМС, Перечнем платных медицинских услуг и с действующими тарифами, утвержденными приказом руководителя **Исполнителя**, Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации», Ф3 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г., Приказ Минздрава МО от 28.10.2015 №1561 (ред. от 02.02.2023) «Об утверждении Порядка использования Единой медицинской информационно-аналитической системы Московской области в государственных учреждениях здравоохранения Московской области» Ф3 № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. Распоряжения от 19.07.2021 № 144-Р "Об утверждении форм информированных согласий на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных", распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 23.10.2020 г. № 144-Р «Об утверждении перечня видов работ и значения условных единиц трудоемкости на работы по изготовлению и ремонту зубных протезов, положения о медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области и состава медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области по бесплатному зубопротезированию из дорогостоящих материалов», Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг, действующими в ГБУЗ МО «Воскресенская стоматологическая поликлиника», размещенными в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте **Исполнителя** - www.vos-stomat.ru и на информационных стендах в помещениях **Исполнителя**.

1.3. Заключение Настоящего Договора является подтверждением того, что **Пациент (Заказчик)** дает **Исполнителю** добровольное согласие-отказ на:

1.3.1. Передачу третьим лицам сведений, составляющих врачебную тайну, в его (**Пациента**) интересах;

1.4. Заключение Настоящего Договора является подтверждением того, что **Исполнитель** уведомил **Пациента (Заказчика)** о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача в соответствии с п.3 ст.70 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «... лечащий врач имеет право отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих».

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести диагностическое обследование **Пациента** и составить План\планы лечения в соответствии с исходной клинической ситуацией и медицинскими показаниями.

2.1.2. По запросу **Пациента (Заказчика)** информировать о состоянии его (**Пациента**) здоровья, результатах обследования, диагнозе/диагнозах, плане, методах, вариантах лечения, возможных последствиях, ожидаемых результатах лечения, последствиях отказа от него, а также сроках лечения, последовательности, стоимости лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.3. Выполнить согласованный план лечения и предоставить **Пациенту** качественные **Услуги** в соответствии с определенным объемом, последовательностью, сроками и стоимостью на момент их оказания.

2.1.4. Предоставить **Пациенту** возможность получения консультации заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинской части, а также заключения врачебной комиссии **Исполнителя**.

2.1.5. Рассмотреть претензии к качеству оказанных **Услуг** в течение 10 с момента подачи **Исполнителю** письменного обращения.

2.1.6. Безвозмездно повторно оказать и/или устранить недостатки оказанных **Услуг**, подтвержденные заключением Врачебной комиссии **Исполнителя** и/или Московской областной стоматологической поликлиники и/или ГБУЗ Московской области «Судебно-медицинская экспертиза» в течение гарантийного срока, срока службы согласно действующему положению о гарантии на момент заключения договора с даты оказания **Услуг**, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**.

2.1.7. Срок службы, а также гарантийные сроки на зуботехнические работы ГБУЗ МО «Воскресенская стоматологическая поликлиника» действуют согласно положению «Об установлении гарантийных сроков на результат стоматологических услуг» на основании приказа № 111 от 19.06.2023г., в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300- (ред. от 05.12.2022) «О защите прав потребителей»

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Направить **Пациента** на врачебную комиссию, к другим специалистам и/или в другие лечебные учреждения, привлечь для консультаций, лечения и/или рассмотрения претензий к качеству оказанных **Услуг** специалистов из них.

2.2.2. Заменить лечащего врача с согласия пациента в случае наступления непредвиденных обстоятельств, в том числе по желанию врача, причине болезни, отпуска, увольнения.

2.2.3. Изменить план обследования и(или) лечения по медицинским показаниям и оказать дополнительные платные медицинские услуги без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.2.4. Перенести прием на другое время в случае опоздания **Пациента** к назначенному времени приема более чем на 15 минут.

2.2.5. Прервать процесс лечения **Пациента** и/или отказать **Пациенту** в предоставлении **Услуг** при выявлении противопоказаний к желаемым **Пациентом** лечебно-диагностическим мероприятиям.

2.3. Пациент (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Посещать территорию **Исполнителя** в соответствии с графиком работы учреждения, соблюдать установленные **Исполнителем**

Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг, не являться на прием к врачу в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, соблюдать общественный порядок, не допускать неуважительного отношения к сотрудникам **Исполнителя**, иным пациентам и/или посетителям, находящимся на территории **Исполнителя**, бережно относиться к имуществу **Исполнителя**.

2.3.2. До заключения **Договора** предоставить **Исполнителю** полную, объективную и достоверную информацию о состоянии своего (**Пациента**) здоровья, перенесенных, сопутствующих и/или возникших после начала исполнения настоящего **Договора** заболеваний, травм, лекарственной непереносимости, принимаемых препаратах, вредных привычках, а так же информировать **Исполнителя** о любых изменениях физического состояния **Пациента**, ухудшения его здоровья и самочувствия, с точки зрения **Пациента (Заказчика)** связанных с оказанными ему **Исполнителем Услугами**, в случае необходимости, прибыть лично на осмотр и консультацию.

2.3.3. Ознакомиться со всеми размещенными в открытом доступе (в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте **Исполнителя** - www.vos-stomat.ru и на информационных стендах в помещениях **Исполнителя**) документами, предназначенными для информирования **Пациента** до заключения настоящего **Договора** и обеспечить подписание **Договора** и иных документов, представленных **Исполнителем**, необходимых для исполнения им условий **Договора**.

2.3.4. Являться к лечащему врачу строго в назначенное время.

2.3.5. Соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, дважды в год (если не назначено иначе) проводить комплекс профессиональной гигиены полости рта (удаление налета, зубных отложений инструментальными и ультразвуковыми способами) при наличии медицинских показаний.

2.3.6. Не вмешиваться в действия врача, не осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи, в том числе не препятствовать фотофиксации результатов диагностики и лечения.

2.3.7. Пройти диагностическое обследование и выполнять согласованный план лечения в соответствии с оговоренными сроками, объемом и последовательностью. При отказе от плана лечения подписать форму отказа от медицинского вмешательства в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н.

2.3.8. Соблюдать все рекомендации и назначения врача.

2.3.9. В период прохождения лечения в ГБУЗ МО «Воскресенская стоматологическая поликлиника», а также в течение гарантийного срока, с даты оказания Услуг, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**, информировать письменно **Исполнителя** о получении в этот же период аналогичных Услуг в других медицинских организациях стоматологического профиля, использовании препаратов и медикаментов, назначенных специалистами других лечебных учреждений, предоставить выписку (копию) из медицинской карты, результаты рентгенологических исследований, их описание в срок 1 месяц после получения медицинских услуг или начала приема препаратов.

2.3.10. Услуги оказываются **Исполнителем** с использованием своих материалов или материалов субподрядчика. **Исполнителя** оплачивается **Пациентом** при заключении **Договора** полностью с учетом положений статьи 34 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты.

2.3.11. Обеспечить оплату фактически понесенных расходов **Исполнителем**, связанных с исполнением обязательств по настоящему **Договору**, в случае досрочного расторжения настоящего **Договора** по инициативе (**Пациента**).

2.3.12. В случае выявления недостатков оказания Услуг, оказанных **Исполнителем**, не заниматься самолечением, не пытаться самостоятельно устранить выявленные недостатки, предъявить свои претензии к **Исполнителю** в письменном виде в течение гарантийного срока, составляющего период один год с даты ~~оказания~~ оказания Услуг, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача, с учетом его согласия.

2.4.2. На получение консультации заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинской части, заключений врачебной комиссии **Исполнителя**.

2.4.3. На досрочное расторжение настоящего **Договора** в одностороннем порядке по своей инициативе.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

3.1. Объем, вид и стоимость Услуг в рамках исполнения настоящего **Договора** указываются в **Счете (счетах)** и **Акте (актах) выполненных работ**, подлежащих оплате на основании **Тарифов**, действующих на момент выполнения работ. **Акт (акты) выполненных работ** оформляются в двух экземплярах. Один экземпляр после оплаты оказанных услуг выдается **Пациенту (Заказчику)** на руки, другой возвращается лицу, оказавшему платные медицинские услуги.

3.2. Оплата **Акта (актов) выполненных услуг**, производится на основании **Счета (счетов)** одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, с использованием платежного терминала **Исполнителя** и банковских карт, с получением кассового чека, подтверждающего оплату.

3.3. Оплата Услуг*, производится в размере 100% от суммы **Акта (актов) выполненных работ**, не позднее рабочего дня, в котором **Пациентом (Заказчиком)** подписан **Акт (акты) выполненных услуг**.

*Оплата услуг зуботехнической лаборатории производится по предоплате в размере 100% от выставленного счёта, не оплаченные услуги зуботехнической лаборатории до получения предоплаты не оказываются. Услуги зуботехнической лаборатории могут быть переданы на аутсорсинг в сторонние зуботехнические лаборатории, при этом ответственность за соблюдение сроков изготовления и качество несет **Исполнитель**.

Оплата Услуг по некоторым видам хирургических, ортодонтических, ортопедических услуг осуществляется двумя частями. Предварительная оплата в размере, согласованном **Сторонами. Сумма предварительной оплаты считается согласованной после оформления **Исполнителем** и оплаты **Пациентом (Заказчиком) Счета (счетов)**. Оплата оставшейся части (окончательный расчет) - по факту завершения работ на основании **Акта (актов) выполненных работ и Счета**.

3.4. Иные способы оплаты осуществляются по согласованию с **Исполнителем**.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнения обязательств по **Договору** **Исполнитель** и **Пациент** несут ответственность, предусмотренную настоящим **Договором** и действующим законодательством РФ.

4.2. **Исполнитель** не несет ответственности в соответствии с действующим законодательством в случае неблагоприятного исхода лечения в связи с :

- с нарушением **Пациентом** врачебных рекомендаций и режима лечения, а так же в случае оформления отказа от показанных видов медицинских вмешательств, а также в случае расторжения **Договора** по инициативе **Пациента**;
- с возникновением возможных осложнений, которые были указаны и согласованы сторонами при получении Информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг и иных приложений к настоящему **Договору**;
- предъявлением претензий по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства третьих лиц или после получения в другой клинике медицинских услуг, способных прямо или косвенно повлиять на результат оказанных по настоящему договору услуг, а так же после истечения срока гарантии и сроков службы овецественных результатов медицинских услуг.

4.3. **Стороны** освобождаются от обоюдной ответственности за исполнение обязательств по **Договору** в случае наступления чрезвычайных обстоятельств (обстоятельств непреодолимой силы).

4.4. Все споры, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, Стороны обязаны стремиться разрешать путем переговоров.

4.5. В случае нанесения Исполнителем вреда здоровью Пациента компенсация ущерба осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ.

5. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

5.1. Платные медицинские услуги, в т.ч. диагностические, оказываются после подписания настоящего Договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

5.2. Характер и объем оказания медицинской помощи, в т.ч. длительность оказания Услуг, их периодичность и кратность, определяется Планом лечения и устанавливается Исполнителем индивидуально каждому Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями на основании данных диагностического обследования.

5.3. Сроки выполнения отдельных видов работ могут быть установлены исполнителем и оформлены приложением к договору.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Один Договор заключается на весь Перечень Услуг Исполнителя. Договор может быть заключен только на диагностическое обследование.

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

6.3. Расторжение Договора возможно в соответствии с действующим законодательством РФ, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором.

6.5. Настоящий Договор считается расторгнутым по инициативе Пациента в случаях:

6.5.1. Отказа Пациента (Заказчика) от продолжения лечения, получения Услуг, выраженного письменным Уведомлением Исполнителя, содержащим просьбу о расторжении Договора.

6.6. Прекращение действия Договора возможно в случае обоюдного согласия Сторон прекратить договорные взаимоотношения и подписания Соглашения о расторжении Договора без взаимных претензий.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Воскресенская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ МО «Воскресенская стоматологическая поликлиника»)

Юридический и почтовый адрес: 140209, Московская область, г. Воскресенск, ул. Западная, д. 14. Эл. почта [vosstom@mail.ru](mailto:vostom@mail.ru)

ИНН 5005027781 КПП 500501001 ОГРН 1025000924299 ОКПО 48792619

МЭФ Московской области (л/сч 20825НЛ6150 ГБУЗ Московской области «Воскресенская стоматологическая поликлиника»)

ГУ Банка России по ЦФО/УФК по Московской области г. Москва БИК 004525987

Единый казначейский счет 40102810845370000004 Казначейский счет 03224643460000004800

Лицензия на медицинскую деятельность № ЛО41-01162-50/00355304., выданная Министерством здравоохранения Московской области от 27.07.2020 г; номенклатура работ и услуг:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие

работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Исполняющий обязанности главного врача
М.П.

Т.В.Галкина

ПАЦИЕНТ:

(ФИО полностью)

(адрес регистрации, телефон)

(данные документа, удостоверяющего личность: серия , номер, кем и когда выдан)

Один экземпляр Договора мною получен

подпись

расшифровка подписи

ЗАКАЗЧИК (заполняется в случае заключения Договора в пользу третьего лица (несовершеннолетнего/недееспособного):

(ФИО полностью)

(адрес регистрации, телефон)

(данные документа, удостоверяющего личность: серия , номер, кем и когда выдан)

Один экземпляр Договора мною получен

подпись

расшифровка подписи