|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР №** | | | | |
| **ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | | | |
| г. Соликамск | | | | \_\_.\_\_.20\_\_\_ | |
|  | | | | | |
| Медицинская организация Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края "Стоматологическая поликлиника г.Соликамска", именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о.главного врача Швецова Евгения Александровича, действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» («Потребитель»), с другой стороны, заключили настоящий Договор о следующем. | | | | |
|  | | | | | |
| **1.     СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА** | | | | |
| **1.1.Сведения об Исполнителе:** | | | | |
| 1.1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется): Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края "Стоматологическая поликлиника г.Соликамска" | | | | |
| 1.1.2. Адрес места нахождения: 618547, Пермский край, Соликамск г, Северная ул, дом № 13; | | | | | |
| Адрес места оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | | |
| 1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1185958065281, выданный Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 11 по Пермскому краю; | | | | |
| 1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: ЛО-59-01-004817 от «30» ноября 2018 г., выданная Министерством здравоохранения Пермского края. | | | | |
| Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». (www.sp.solzdrav.ru) | | | | |
| **1.2. Сведения о Заказчике (Потребителе):** | | | | |
| 1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.:\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю) платные медицинские услуги, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. | | | | |
| Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. | | | | |
| № | Перечень платных медицинских услуг | Объем работ и услуг | Сроки оказания | Стоимость |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Общая стоимость составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Без НДС** | | | | | |
| 2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: | | | | |
| - порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; | | | | |
| - информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); | | | | |
| - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; | | | | |
| - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя); | | | | |
| - другие сведения, относящиеся к предмету Договора. | | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **3.     СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ** | | | | |
| 3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. | | | | |
| 3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. | | | | |
| Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора. | | | | |
| 3.3. Оплата осуществляется Заказчиком (Потребителем) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом. | | | | |
| 3.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком (Потребителем) в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. | | | | |
| 3.5. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **4.     УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | | | |
| 4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Заказчика (Потребителя) и согласия Заказчика (Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика (Потребителя). | | | | |
| 4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 4.3. Заказчик (Потребитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью. | | | | |
| 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 4.5. Заказчик (Потребитель) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. | | | | |
| 4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. | | | | |
| 4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя). | | | | |
| 4.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **5.     ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА** | | | | |
| 5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Заказчика / Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.3. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.4. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи). | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** | | | | |
| 6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ. | | | | |
| 6.2. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (Потребителя) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Потребителя), при этом Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **7.        СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ** | | | | |
| 7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств. | | | | | |
| 7.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон. | | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **8.        ПОДПИСИ СТОРОН** | | | | |
| До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) о том, что 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. | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ (должность, фамилия, имя и отчество (если имеется) лица, заключающего Договор от имени Исполнителя): /Швецов Е. А./** | | | | |
| Подпись лица, заключающего Договор от имени Исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |
| **8.2. ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ) (фамилия, имя и отчество (если имеется): \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |