|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР №** | | | | |
| **ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | | | |
| г. Соликамск | | | | \_\_.\_\_.20\_\_\_ |
|  | | | | |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края "Стоматологическая поликлиника г.Соликамска", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Швецова Евгения Александровича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО41-01167-59/00364349 от «30» ноября 2018 года, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  именуемого (ой) в дальнейшем **«Потребитель»**, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем: | | | | |
|  | | | | |
| **1.     СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА** | | | | |
| **1.1.Сведения об Исполнителе:** | | | | |
| 1.1.1. Наименование и фирменное наименование: 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; | | | | |
| 1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | | | | |
| 1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1185958065281, дата регистрации – 07 ноября 2018 года, данные о регистрирующем органе – МИФНС России № 11 по Пермскому краю, ИНН 5919029372. | | | | |
| 1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 07 ноября 2018 г. № ЛО41-01167-59/00364349 выдана Министерство здравоохранения Пермского края. Выписка из реестра лицензий на медицинскую деятельность в доступной форме находится на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ([www.sp.solzdrav.ru](http://www.sp.solzdrav.ru)). | | | | |
| Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:  По адресу: 618551, Пермский край, г. Соликамск, ул. Кузнецова В.И., д. 6- 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; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи. По адресу: 618547, Пермский край, г. Соликамск, ул. Северная, д.13 - При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 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; экспертизе качества медицинской помощи. | | | | |
| **1.2. Сведения о Заказчике (законном представителе Потребителя):** | | | | |
| 1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
| 1.2.3. Телефон: +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **1.3. Сведения о Потребителе:** | | | | |
| 1.3.1. Фамилия, имя и отчество (*при наличии),* адрес места жительства и телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. | | | | |
| Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. | | | | |
| 2.1.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором: | | | | |
| № | Наименование медицинской услуги | Объем работ и услуг | Сроки оказания | Стоимость |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Общая стоимость составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Без НДС** | | | | |
| 2.2. При заключении Договора Заказчику (законному представителю Потребителя) и 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: | | | | |
| - порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; | | | | |
| - информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации), данная информация находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». ([www.sp.solzdrav.ru](http://www.sp.solzdrav.ru)); | | | | |
| - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; | | | | |
| - другие сведения, относящиеся к предмету Договора. | | | | |
| 2.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. | | | | |
| 2.4. При необходимости Заказчику могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **3.     ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | |
| 3.1. Исполнитель обязуется: | | | | |
| 3.1.1. Организовывать и оказывать медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи. | | | | |
| 3.1.2. Обеспечить Заказчика (законного представителя Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи. | | | | |
| 3.1.3. Оказывать медицинские услуги, в объеме, предусмотренном настоящим Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства. | | | | |
| 3.1.3. Уведомить Заказчика (законного представителя Потребителя) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. | | | | |
| 3.1.4. Исполнитель предоставляет Заказчику (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней. | | | | |
| 3.1.5. При необходимости, организовывать (обеспечивать) взаимодействие с иными медицинскими организациями, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Заказчика. | | | | |
| 3.1.6. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. | | | | |
| 3.2. Заказчик обязуется: | | | | |
| 3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором. | | | | |
| 3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. | | | | |
| 3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. | | | | |
| 3.3. Исполнитель имеет право: | | | | |
| 3.3.1. Получать от Заказчика (законного представителя Потребителя) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. | | | | |
| 3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору. | | | | |
| 3.4. Заказчика имеет право: | | | | |
| 3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором. | | | | |
| 3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. | | | | |
| 3.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **4.     СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ** | | | | |
| 4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. | | | | |
| 4.2. Оплата Заказчиком (законным представителем Потребителя) стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя производится непосредственно в день оказания такой услуги. | | | | |
| 4.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора. | | | | |
| 4.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (законный представитель Потребителя) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. | | | | |
| 4.5. По требованию Заказчика (законного представителя Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **5.     УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | | | |
| 5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (законного представителя Потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика (законного представителя Потребителя). | | | | |
| 5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью. | | | | |
| 5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 5.5. Заказчик (законный представитель Потребителя) 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. | | | | |
| 5.6. После исполнения Договора Исполнитель по запросу бесплатно выдает Заказчику (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной оплаты в течение 5 рабочих дней с момента получения запроса. | | | | |
| 5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Потребителя) | | | | |
| 5.8. Заказчик (законный представитель Потребителя) и Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика и 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. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **6.     ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА** | | | | |
| 6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. | | | | |
| 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 6.3. Заказчик (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 6.4. Заказчик (законный представитель Потребителя) несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | |
| 6.5. В случаях, предусмотренных п. 6.3. - 6.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи). | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** | | | | |
| 7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ. | | | | |
| 7.2. В случае отказа Заказчика (законного представителя Потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик (законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ** | | | | |
| 8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров. | | | | |
| 8.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке. | | | | |
| 8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством. | | | | |
|  | | | | |
| **9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ** | | | | |
| 9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств. | | | | |
| 9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон. | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **10.        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. | | | | |
| Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента медицинских организациях. | | | | |
| Подпись Заказчика (законного представителя Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | |
|  |  |  |  |  |
| **10.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ (должность, фамилия, имя и отчество (если имеется) лица, заключающего Договор от имени Исполнителя): /Швецов Е. А./** | | | | |
| Подпись лица, заключающего Договор от имени Исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| **10.2. ЗАКАЗЧИК (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТОВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ) (фамилия, имя и отчество (если имеется):** | | | | |
| Подпись Заказчика (законного представителя Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | |