

Договор №
оказания платных стоматологических медицинских услуг

г. Хабаровск

« »

2017 г.

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБОУ ДПО «ИПКСЗ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача стоматологической клиники КГБОУ ДПО ИПКСЗ «Стоматодент-ДВ» Стеценко Евгения Геннадьевича, действующего на основании положения о клинике и доверенности от 09.01.2017 года с одной стороны,

и именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора:

1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги на возмездной основе сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно и добровольно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

1.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, отражаются в наряде, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему договору, составленным в соответствии с действующим Прейскурантом цен и тарифов платных услуг, оказываемых Учреждением.

1.3 При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством.

2. Сумма договора и порядок расчётов

2.1 Общая стоимость медицинской услуги состоит из сумм, выставляемых по настоящему договору в соответствии с утверждённым прейскурантом на медицинские услуги и материалы, составляет общую сумму предоставляемых услуг в соответствии с нарядом, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2 Оплата услуги может производиться: путём наличного расчёта с применением контрольно-кассовых машин, безналичным расчётом или путём перевода причитающейся Исполнителю суммы на его расчётный счёт.

2.3 Оплата услуг производится в форме 100% предоплаты, по письменному согласованию сторон возможен иной порядок оплаты.

3. Условия и порядок оказания услуг

3.1 Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу:
г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171- в, стоматологическая клиника.

3.2 Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые установлены администрацией Исполнителя.

3.3 Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента. Предварительная запись Пациента на приём осуществляется по тел.: **74-17-61**.

3.4 Оказание услуг осуществляется только после поступления оплаты в полном объеме в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

4. Права и обязанности сторон

4.1 Исполнитель:

4.1.1 обязан:

- обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ;
- обеспечить Пациента информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, сведения о квалификации специалистов, оформить информированное письменное согласие Пациента на стоматологическое лечение, являющееся неотъемлемой частью Договора;
- в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать только разрешенные к применению методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства.
- обеспечить выполнение принятых на себя обязательств силами собственных специалистов;
- своевременно информировать Пациента о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;
- ознакомить Пациента, по его требованию, с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;
- своевременно информировать пациента о том, что несоблюдение рекомендаций врача может снизить качество медицинской услуги;
- передать Пациенту вместе с результатом оказанных стоматологических услуг информацию, касающуюся эксплуатации результата оказанной услуги (памятку пациенту);
- хранить конфиденциальность информации по договору;

4.1.2 имеет право:

- заменить лечащего врача Пациента;
- изменить по медицинским показаниям план, объём и стоимость лечения;
- не приступать к оказанию стоматологической помощи, а начатую приостановить, если Пациент нарушает условия договора.

4.2. Пациент:

4.2.1 обязан

- заполнять: согласие на обработку персональных данных пациента (или несовершеннолетнего пациента) стоматологической клиники КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стоматодент-ДВ» информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических медицинских услуг;
- сообщить до оказания услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях (заполнить анкету здоровья); точно выполнять назначения врача; надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению услуги;

- ознакомиться с правилами платных медицинских услуг, листом согласования, предложенных ему стоматологических услуг и подписать его до начала проведения процедур;
- оплатить согласованные стоматологические услуги в полном объёме согласно листу согласования;
- в случае невозможности окончания оказания стоматологической помощи, возникшей по вине Пациента (не мотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых условий, грозящий качеству оказываемой услуге, и иных действий), оплатить стоимость услуги в полном объёме;
- оплатить стоимость расходных материалов при получении выписки или ксерокопии из своей медицинской документации (согласно прейскуранту);
- в сроки, предусмотренные листом согласования, принять результат оказанных услуг, поставив подпись в листе согласования, а при обнаружении отступлений или недостатков немедленно заявить об этом Исполнителю.

4.2.2. имеет право:

- на выбор лечащего врача или иного специалиста, оказывающего услугу с учётом его согласия;
- получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- требовать предоставления ему информации о медицинской услуге, документов, подтверждающих специальную правоспособность учреждения и его специалистов, всех необходимых сертификатов и лицензий.
- на возмещение вреда, в случае некачественного оказания услуги, подтверждённого Актами экспертизы;
- отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесённые затраты;
- на оказание услуги по цене, действующей на момент заключения договора в случае изменения цены услуги в ходе действия настоящего договора;
- обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу Исполнителя.

5. Ответственность сторон:

5.1. Исполнитель:

- несёт ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, несоблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью Пациента.
- отвечает за ненадлежащее качество используемых при оказании услуги лекарственных средств и других материалов, только в случае, если они были предоставлены Исполнителем.
- освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- в случае наступления осложнений, ухудшения первоначально достигнутого результате в следствии невыполнения Пациентом рекомендаций Исполнителя, последний ответственности не несёт.

5.2. Пациент:

- несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату стоматологических услуг.

6. Заключительные положения

6.1 Неотъемлемой частью договора оказания платных стоматологических медицинских услуг являются:

- Приложение №1 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Согласие на обработку персональных данных пациента стоматологической клиники КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;*
- Приложение №2 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;*
- Приложение №3 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических медицинских услугах;*
- Приложение №4 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Анкета здоровья;*
- Приложение №5 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Наряд на оказание платных услуг.*

Все дополнения и Приложения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

6.3. Срок действия настоящего Договора заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

6.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, при этом один остаётся у Исполнителя, а другой передаётся Пациенту.

6.5. Пациент ознакомлен с программой предоставления услуг и даёт своё информированное согласие персоналу учреждения на их реализацию.

6.6. В случаях, неурегулированных настоящим договором, стороны руководствуются Положением о предоставлении платных услуг в стоматологической клинике КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;, Законом «О защите прав потребителей», Гражданским Кодексом РФ

Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» «Стомадент-ДВ»

М П

Главный врач

Е.Г. Стеценко

Пациент

ФИО

Паспорт (серия, номер, выдан) _____

Адрес _____

Подпись

Дата

Дополнительно к договору Пациент уведомляется, что ряд медицинских услуг может быть оказана бесплатно, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, в поликлинике по месту жительства или временного пребывания _____

подпись пациента