**СОГЛАСИЕ**

**на получение платных медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) информирован об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в 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, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских(ой) услуг(и) платно, в соответствии с заключаемым Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о представлении информации о платных медицинских услугах**

На основании пункта 19 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ при заключении договора на оказание платных медицинских услуг в доступной форме представлена следующая информация о платных медицинских услугах:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении ПМУ, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей ПМУ (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**пациента о возможных последствиях несоблюдения рекомендаций медицинских работников**

До заключения договора в письменной форме я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) уведомлен исполнителем о том, что невыполнение 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 моем состоянии здоровья.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**ДОГОВОР №**

**Оказания платных медицинских услуг**

**( имплантология)**

г. Хабаровск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2023 года

 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 оказать на возмездной основе услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Приложении № 1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора, а Пациент обязуется оплатить услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-002621 от 19.09.2018 г. по адресу: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171В. Виды деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги); при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии и рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Орган, выдавший лицензию: Министерством здравоохранения Хабаровского края, Адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32.

1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 21.02.2012. №2122724013322.

**2. Сроки оказания услуг**

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы Исполнителя, по предварительной записи.

2.2. Срок начала оказания услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора определен в приложении № 1 к настоящему Договору, являющемуся его неотъемлемой частью. Срок окончания оказания услуг – согласно плану лечения, до исполнения Сторонами принятых обязательств.

2.3. Пациент проинформирован Исполнителем о возможном ожидании по времени приема у медицинского работника Исполнителя для получения медицинских услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего Договора.

**3. Условия и порядок оказания услуг**

3.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает Пациенту медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171В .

3.2. В рамках данного Договора пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги. Перечень, сроки дополнительных услуг согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3.3. Медицинская помощь по экстренным показаниям при невозможности Пациента выразить свою волю, оказывается медицинским работником Исполнителя без информированного добровольного согласия Пациента и без оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**4. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты**

4.1. Пациент оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент заключения настоящего договора. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте [stomadent-dv.ipksz.ru](http://stomadent-dv.ipksz.ru/) и на информационных стендах Исполнителя. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

4.2 Пациент производит оплату в размере 100%, за фактически оказанные услуги, одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

**5. Права и обязанности сторон**

5.1. Права Пациента

5.1.1. Пациент имеет права, предусмотренные действующим законодательством РФ

5.2. Обязанности Пациента:

5.2.1. Пациент обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные ему Исполнителем услуги, в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

5.2.2. Подписывая настоящий Договор Пациент подтверждает, что им внимательно изучен бланк (бланки) информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства, проводимые Пациенту согласно настоящего Договора, рекомендации лечащего врача. Пациент задал лечащему врачу все интересующие вопросы. Своей подписью в бланке информированного добровольного согласия, Пациент подтверждает, что данные документы им изучены, все термины, определения ему понятны, понятны риски медицинского вмешательства, являющиеся предметом настоящего Договора, от лечащего врача получены все ответы на интересующие Пациента вопросы

5.2.3. Соблюдать рекомендации лечащего врача, правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации

5.2.4. Подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 2 к настоящему договору).

5.3. Исполнитель вправе:

5.3.1. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Пациента всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Пациенту данных медицинских услуг, за исключением медицинского вмешательства по экстренным показаниям при невозможности выразить Пациентом свою волю.

5.4. Исполнитель обязан:

5.4.1. Оказать Пациенту услуги, согласно настоящего Договора в соответствии с требованиями качества и безопасности.

**6. Ответственность сторон**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Досудебный (претензионный) порядок для Сторон является обязательным. Сторона, имеющая спорный вопрос или претензию к другой Стороне обязана в подтверждение своей позиции представить надлежаще оформленные документы.

6.4. Исполнитель несёт ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора.

6.5. Пациент несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, своевременную оплату услуг, оказанных ему по настоящему Договору; за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6.6. В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству медицинских услуг и срокам их оказания, в течение пяти календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Пациент, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Пациентом в полном объеме.

6.7. Исполнитель доводит до Пациента информацию о том, что форма и способ направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, установлены Федеральным законом "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" от 02.05.2006 N 59-ФЗ, Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей". Почтовый адрес и адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба) следующие: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская 171В, clinica@ipksz.khv.ru

6.8. Пациент уведомлен Исполнителем 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 в медицинских организациях.

**7. Срок действия договора**

7.1. Срок действия настоящего договора устанавливается с момента подписания Сторонами и действует до подписания Акта оказанных услуг.

**8. Изменение условий и расторжение Договора**

8.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.

8.2. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ. В случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг настоящий Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору

**9. Заключительные положения**

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.3. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

9.4. Порядок и условия выдачи медицинской документации (копий, выписок) производится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

**10. Реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | ПациентФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 Приложение № 1

 к Договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с п. 1.1. Договора возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключенного между \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Исполнитель) и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Пациент): Исполнитель обязуется оказать Пациенту а Пациент оплатить следующие услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Количество | Срокиоказания | Стоимость за 1 единицу (руб.) | Общая стоимость (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Исполнитель Пациент