Приложение 1

к приказу № 19-ОД от 29.01.2015 г.

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Владивосток «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ФС-25-01-001321 от 27.10.2014 г. (серия ФС 0006789), выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка), именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические медицинские услуги, а Заказчик обязуется своевременно оплатить их в порядке и размере, установленном настоящим договором.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности № ФС-25-01-001321 от 27.10.2014 г., выданной Территориальным органом по надзору в сфере здравоохранения по Приморскому краю 690007, г. Владивосток, ул.1 Морская, д.2, тел./факс: (423) 222-42-46 ,фактический адрес: 690091, г. Владивосток, ул. Мордовцева, д.3, к. 907, Е-mail: [federal\_licenz@mail.ru](mailto:federal_licenz@mail.ru), при оказании доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, в объеме, определяемом картой пациента и согласованном сторонами в заказе-наряде.

**2. Условия и сроки оказания медицинских услуг**

2.1. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в соответствии с условиями и сроками, предусмотренными Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями и оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, Протоколами ведения больных, с учетом объема услуг, установленного картой пациента.

2.2. Медицинские услуги оказываются в условиях стоматологической клиники ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России, по адресу: 690002, г. Владивосток, пр-т Острякова 2б.

2.3. Медицинские услуги оказываются в дни и часы работы стоматологической клиники по предварительной записи, осуществляемой администратором по тел: 245-19-60, +79146775091.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Цена услуг определяется прейскурантом, установленным на дату оказания услуги или ее части, отраженной в прейскуранте, пропорционально объему фактически оказанных услуг.

3.2. Оплата производится за каждый отдельный этап услуг, оказанных фактически за каждый прием Заказчика, непосредственно по окончании приема.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Заказчику медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью Заказчика при оказании им медицинской помощи, возмещается в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4.3. За ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.4. Сумма взысканной Заказчиком неустойки не может превышать цену отдельного вида услуги.

4.5. Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения Заказчиком установленных правил использования услуг, в том числе несоблюдение назначений (рекомендаций) врача, назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов.

**5. Гарантии**

5.1. Исполнитель определяет для Заказчика гарантийный срок на оказываемые услуги и применяемые стоматологические материалы, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются и, указав гарантийный срок и срок службы

5.2. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Заказчиком следующих требований:

- выполнить весь согласованный план лечения;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

5.3. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешний воздействий, в том числе длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах, окружающих тканях, а также стоматологических изделиях, находящихся в полости рта.

5.4. Гарантийные обязательства не предоставляется на хирургические пародонтологические и ортодонтические методы лечения.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания.

6.2. При необходимости изменение в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.3. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения договора и получения медицинских услуг. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается.

6.4. При расторжении договора по инициативе Заказчика, заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в размере стоимости фактически оказанных услуг.

**7. Адреса, реквизиты и подписи сторон:**

**7.1.Исполнитель:**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрировано 12.08.2002 г. за ОГРН 1022501895877 Инспекцией Федеральной налоговой службы по Первореченскому району г. Владивостока, свидетельство серия 25 № 01768630, 690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2, , ИНН 2538017661 КПП 253801001, УФК по Приморскому краю (ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России лицевой счет № 20206U98150), р/с 40501810205072000002 в Дальневосточном ГУ Банка России по Приморскому краю г. Владивосток, БИК 040507001, ОКПО 01962899 ОКОНХ 92110, код дохода 00000000000000000130.

7.2. **Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель Заказчик

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение №1

к договору на оказание платных медицинских услуг

**ЗАКАЗ-НАРЯД**

**на выполнение медицинских стоматологических услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Заказано (код) | Количество | Стоимость |
| 1. |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| итого |  |  |  |

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/

Оплачено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /подпись/