**Договор №\_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных стоматологических услуг**

Г. Н. Новгород «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017г.

ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г.Н.Новгорода » в лице главного врача Шилиной Ларисы Николаевны, действующей на основании Устава, (Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области № ЛО-52-01-005183 от 24 декабрь 2015, свидетельство № 52 002105971 от 30.12.2002 о внесении в ЕГРЮЛ сведений о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002, выданное инспекцией МНС по Приокскому району г.Н.Новгорода), именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрирован\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические услуги, перечень которых определяется в соответствии с планом лечения, который является неотъемлемой частью настоящего договора с момента согласования Заказчиком, а Заказчик обязуется принять указанные услуги и оплатить их стоимость. Сроки оказания услуг определяются в соответствии с планом лечения.

**2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. В оговоренное с Заказчиком время Исполнитель организует осуществление осмотра Заказчика квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Заказчика. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя и отражает его в медицинской карте Заказчика с указанием сроков оказания услуг.

2.2. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика с предложенным планом лечения, оформленное подписью Заказчика в медицинской карте. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Заказчик достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.3. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утверждённом в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Заказчик ознакомлен до подписания настоящего договора.

2.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика. Отказ Заказчика от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно, либо приведет к значительным негативным последствиям для Заказчика, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.6. До подписания настоящего договора Заказчик ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, лицензией на осуществление медицинской деятельности и дату ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г.Н. Новгорода».

2.7. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Заказчик имеет право:

3.1.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя;

3.1.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах;

3.1.3. Выбирать лечащего врача с учётом специализации врача и его согласия;

3.1.4. Выбирать время приёма у врача из имеющегося свободного;

3.1.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя;

3.1.6. На сохранение в тайне информации о своём здоровье.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача;

3.2.2. Являться на приём к врачу в назначенный срок;

3.2.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении;

3.2.4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;

3.2.5. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги;

3.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг;

3.2.7. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Требовать от Заказчика представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

3.3.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

3.4. Исполнитель обязан:

3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методиками и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

3.4.2. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение одного года с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

3.4.3. По первому требованию Заказчика сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.1.1 настоящего договора.

3.4.4. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Заказчика информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Стоимость услуг определяется на основании плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя, который является приложением к настоящему договору.

4.2. Оказанные в соответствии с п.2.4 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Заказчик обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приёма у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта. Оплата производится наличными рублями в кассу Исполнителя.

4.4. Оказываемые по настоящему договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними организациями.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несет ответственность:

- за соответствие оказанной услуги общепринятым стоматологическим стандартам и методикам;

- за причинение по небрежности персонала вреда здоровью Заказчика;

В случае причинения вреда здоровью из-за несоблюдения указанных выше требований, Исполнитель устраняет данный вред за свой счет.

5.2. Исполнитель не несет ответственности, если вред здоровью Заказчика был причинен в результате того, что Заказчик:

- предоставил в анкете недостоверную информацию о своем здоровье;

- отказался от необходимости лечения и рекомендуемых медицинских препаратов;

- не выполнил требования и предписания лечащего врача.

5.3. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение иных условий договора в соответствии с Российским законодательством.

**6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

6.2. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.

6.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор в случае, если Заказчик отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем.

6.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ

6.5. Содержащиеся в медицинской карте Заказчика дополнения к договору являются его неотъемлемой частью.

6.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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".

6.8. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает согласие ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г.Н. Новгорода» на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом части 1 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни представленных в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1 Приокского района г.Н. Новгорода», действующее до дня отзыва в письменной форме.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН И ПОДПИСИ СТОРОН**

«Исполнитель» «Заказчик»

ГБУЗ НО «Детская городская Адрес указан в преамбуле

поликлиника № 1» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

603107,г.Н.Новгород,пл.Жукова,д.1

ИНН/КПП 5261018869/526101001

Р/с 40601810422023000001

в Волго-Вятское ГУ Банка России

БИК 042202001

Телефон 466-42-32

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Договор заполнил: |  |  |
|  |  |  |
|  |  | ( ) |
| Должность | подпись | расшифровка (Ф.И.О.) |
|  |  |  |
| Кассир |  | ( ) |
|  | подпись | расшифровка (Ф.И.О.) |