|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Договор № | | | | | | | | | |
|  | возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г. Великий Новгород | | | | | | | | | | \_\_.\_\_.2019 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения "Новгородская областная клиническая больница", в лице Главного врача Кяльвияйнен Илья Михайлович, действующей на основании Устава и государственной лицензии № ФС-53-01-000640 от 17.08.2018 г., выданную Территориальным органом Росздравнадзора по Новгородской области, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин(ка) | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| в дальнейшем именуемый "Заказчик" ("Пациент"), с другой стороны,вместе именуемые"Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | |
| 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Пациенту) платные стоматологические услуги, перечень которых определяется в соответствии с планом лечения ( протезирования ) (Приложение № 1 к настоящему договору), который является неотъемлемой частью настоящего договора с момента согласования Заказчиком (Пациентом) и хранится в его медицинской карте, а Заказчик (Пациент) обязуется принять указанные услуги оплатить их стоимость согласно п.4 настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 1.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии ортопедической. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами на оборудовании и с использованием инструментария и материалов, имеющих сертификаты (декларации) о соответствии установленного образца и регистрационные удостоверения Росздравнадзора РФ. | | | | | | | | | | |
| 1.3. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-53-01-000640 от 17.08.2018 г.), требований Закона РФ <О защите прав потребителей>, Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ <Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации>. | | | | | | | | | | |
| 2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. | | | | | | | | | | | |
| 2.1.Услуги оказываются Заказчику (Пациенту) врачом | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2. В оговоренное с Заказчиком (Пациентом) время Исполнитель организует осуществление осмотра Заказчика (Пациента) 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 (Пациента). По результатам осмотра врач составляет план лечения (протезирования) (Приложение №1 настоящего договора), определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, действующего на момент заключения настоящего договора и отражает его в медицинской карте Заказчика (Пациента) с указанием сроков оказания услуг. | | | | | | | | | | |
| 2.3. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика (Пациента) с предложенным планом лечения (протезирования), оформленное подписью Заказчика в медицинской карте. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Заказчик (Пациент) 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 Заказчика (Пациента) на предложенное медицинское вмешательство. | | | | | | | | | | |
| 2.4. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения (протезирования) и в порядке, утвержденном в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Заказчик (Пациент) ознакомлен до подписания настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 2.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения (протезирования) зафиксированный в Приложении №1 настоящего договора, с оказанием на платной основе дополнительных стоматологических услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика (Пациента) на их оказание и за дополнительную плату. | | | | | | | | | | |
| Отказ Заказчика (Пациента) 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 (Пациента), Стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат, согласно действующему на момент заключения настоящего договора, прейскуранту Исполнителя. | | | | | | | | | | |
| 2.6. Время явки Заказчика (Пациента) на прием оговаривается и согласовывается с Заказчиком (Пациентом) каждый раз. Согласование даты и времени явки Заказчика (Пациента) на прием может осуществляться в устной или письменной форме. | | | | | | | | | | |
| 2.7.До подписания настоящего договора Заказчик (Пациент) ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг. | | | | | | | | | | |
| 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН. | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Заказчик (Пациент) 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 учетом специализации врача и его согласия. | | | | | | | | | | | |
| 3.1.4. Выбирать время приема 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 своем здоровье. | | | | | | | | | | | |
| 3.2. Заказчик (Пациент) обязан: | | | | | | | | | | | |
| 3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача. | | | | | | | | | | | |
| 3.2.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок. | | | | | | | | | | | |
| 3.2.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, противопоказаниях и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье, в случае постоянного лечения в стоматологическом центре ГОБУЗ "НОКБ". | | | | | | | | | | |
| 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, а также рекомендации после их оказания. | | | | | | | | | | |
| 3.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг и условия настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 3.2.7. При появлении жалоб , связанных с лечением , незамедлительно обратиться к Исполнителю. | | | | | | | | | | |
| 3.3. Исполнитель имеет право: | | | | | | | | | | | |
| 3.3.1.Требовать от Заказчика (Пациента) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору. | | | | | | | | | | |
| 3.3.2.Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора. | | | | | | | | | | | |
| 3.3.3.Отказать в приёме Заказчика (Пациента) в случаях: | | | | | | | | | | | |
| - при наличии у Заказчика (Пациента) медицинских противопоказаний; | | | | | | | | | | | |
| - нахождения Заказчика (Пациента) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; | | | | | | | | | | | |
| - наличия у Заказчика (Пациента) задолженности за ранее оказанные услуги. | | | | | | | | | | | |
| 3.3.4.Исполнитель не оказывает услуги, если у Заказчика (Пациента) на момент заключения настоящего договора имеются острые воспалительные инфекционные заболевания. | | | | | | | | | | |
| 3.3.5. При несоблюдении Заказчиком (Пациентом) своих обязательств, Исполнитель вправе перенести срок выполнения работ (оказания услуг), либо расторгнуть договор. | | | | | | | | | | |
| 3.4. Исполнитель обязан: | | | | | | | | | | | |
| 3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методикам 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. Предложить Заказчику (Пациенту) ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг (технологий), если есть возможный, но необязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья Заказчика (Пациента) в силу специфики самой медицинской технологии. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Заказчиком (Пациентом) и медицинским работником, является неотъемлемой частью медицинской карты и действует в течение срока действия договора на оказание медицинских (стоматологических) услуг и распространяется на определенного медицинского работника при оказании им того или иного медицинского вмешательства ( видов медицинских вмешательств ) , чья роспись также фигурирует в бланке информированного добровольного согласия. | | | | | | | | | | |
| 3.4.3. По первому требованию Заказчика (Пациента) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.1.1 настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 3.4.4. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Заказчика(Пациента) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. | | | | | | | | | | |
| 4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ. | | | | | | | | | | | |
| 4.1. Перечень платных стоматологических услуг определяется на основании плана лечения (протезирования) (Приложение № 1 настоящего договора), является неотъемлемым приложением к настоящему договору (Приложение № 2 настоящего договора) и оплачивается Заказчиком (Пациентом) согласно действующему, на момент заключения договора, прейскуранту Исполнителя. | | | | | | | | | | |
| 4.2. Оказанные в соответствии с п.2.5. настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком (Пациентом) по расценкам действующего, на момент заключения настоящего договора, прейскуранта. | | | | | | | | | | |
| 4.3. Оплата оказанных Заказчику (Пациенту) платных стоматологических услуг производится наличными рублями в кассу Исполнителя, либо в форме безналичного расчета, в т.ч. с использованием банковских платежных карт. | | | | | | | | | | |
| 4.4. При лечении и удалении зубов, при проведении хирургических операций и оказании услуг в кабинете гигиены, оплата производится после оказания услуги. При этом, Заказчик (Пациент) выплачивает Исполнителю сумму, эквивалентную стоимости проведённых в данное посещение манипуляций, оказанных услуг. | | | | | | | | | | |
| 4.5. При планировании ортопедического лечения изначально рассчитывается общая сумма, 30(тридцать)% от общей стоимости вносится авансом. Оставшаяся сумма вносится по договоренности с Исполнителем, но не позднее дня установки ортопедической конструкции. | | | | | | | | | | |
| 4.6. При планировании дорогостоящей материалозатратной хирургической операции или операции по имплантации изначально рассчитывается общая сумма, 50(пятьдесят)% от общей стоимости которой должна быть внесена до начала лечения. Оставшаяся сумма выплачивается по договоренности с Исполнителем, но не позднее дня проведения операции. | | | | | | | | | | |
| 4.7. После оплаты в кассу проведённых манипуляций, оказанных услуг или внесения авансового платежа по расценкам действующего, на момент заключения настоящего договора, прейскуранта, Исполнитель предоставляет Заказчику ( Пациенту ) отчет , включающий перечень фактически оказанных медицинских (стоматологических) услуг и их стоимость (Приложение № 2 к настоящему договору), а также кассовый чек. | | | | | | | | | | |
| 4.8. Оказываемые по настоящему договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА. | | | | | | | | | | | |
| 5.1. При оказании платной медицинской услуги | | | | |  | | | | | |
| Несоблюдение назначений(рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  |  | Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 5.2. Гарантийный срок устанавливается врачом-специалистом по окончании проведенного плана лечения (протезирования) и указывается в гарантийном талоне. Необходимым условием соблюдения Исполнителем гарантийных обязательств являются профилактические осмотры, профессиональная гигиена полости рта, рентгенологический контроль проведенного лечения, индивидуально каждому пациенту врачом-специалистом не реже одного раза в год. | | | | | | | | | | |
| 5.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик (Пациент) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем некачественного оказания услуги и основанием для претензий к Исполнителю. | | | | | | | | | | |
| 5.4 Исполнитель определяет для Заказчика (Пациента) гарантии на оказываемые услуги, разъяснив, что они действительны при соблюдении Заказчиком (Пациентом) п.5.1.настоящего договора. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика (Пациента) в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма(вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях. | | | | | | | | | | |
| 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ. | | | | | | | | | | | |
| 6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины. | | | | | | | | | | |
| 6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если он принял все меры для надлежащего выполнения всех необходимых действий, определенных соответствующим Стандартом оказания медицинской помощи, которые требовались при оказании услуги, однако ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата. В том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и др. побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Заказчика ( Пациента ), вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, а Заказчик (Пациент) предупрежден о возможных осложнениях. | | | | | | | | | | |
| 6.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если оно произошло вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям. | | | | | | | | | | |
| 6.4. Заказчик (Пациент) несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг. | | | | | | | | | | |
| 6.5. Все споры и разногласия по настоящему договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров. В случае недостижения сторонами согласия, в 10-дневный срок с момента получения письменной претензии одной из Сторон от другой Стороны, спор разрешается в судебном порядке. | | | | | | | | | | |
| 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ. | | | | | | | | | | | |
| 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору. | | | | | | | | | | |
| 7.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи на настоящем договоре, дополнительных соглашениях и приложениях к настоящему договору, а так же на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения | | | | | | | | | | |
| 7.3. Заказчик (Пациент) имеет право расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы по прейскуранту Исполнителя, действующему на момент заключения настоящего договора. | | | | | | | | | | |
| 7.4. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор в случае, если Заказчик (Пациент) отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем. | | | | | | | | | | |
| 7.5. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | |
| 7.6. Содержащиеся в медицинской карте Заказчика (Пациента) приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью. | | | | | | | | | | |
| 7.7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. | | | | | | | | | | |
| 8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | | | | | | **ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ):** | | | | | |
| ГОБУЗ "Новгородская областная клиническая больница" | | | | | | | | | | | |
| Адрес: 173008, г.Великий Новгород,ул.П.Левитта,д.14 | | | | | |  | | | |  |
| ОГРН 1025300784596 (выдан Межрайонной ИФНС № 9 по | | | | | | | | | | | |
| Новгородской области) | | | | | | Паспортные данные: | | | | | |
| УФК по Новгородской области | | | | | |  | | |  |  |
| (ГОБУЗ "НОКБ") \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  | |  | | | |
| ИНН 5321042234 | | | | | | Место жительства: | | | | | |
| КПП 532101001 | | | | | |  |  | | | | |
| р/с 40601810600001000001 | | | | | |  | | | |  |
| БИК 044959001 | | | | | | | | | | | |
| ОКАТО 49401000000 | | | | | | | | | | | |
| Отделение Новгород г.Великий Новгород | | | | | | | | | | | |
| тел.: (8162)62-83-34, (8162)64-10-03, 64-23-80, | | | | | | | | | | | |
| 8-921-842-69-90 | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Кяльвияйнен И.М./ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | | | |
| \_\_.\_\_\_.2019 | | | | | |  | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | |