**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Талица «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

ГАУЗ СО «Талицкая стоматологическая поликлиника» в лице главного врача Шатуновой Натальи Валентиновны, действующей на основании Устава, лицензии № ЛО-66-01-002429 от 24.02.2014 года, ОГРН 1026602234229 от 02.12.2014 года, именуемая в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», заключили договор о нижеследующем:

**Сведения о Сторонах:**

**Сведения об Исполнителе:**

1. Наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области « Талицкая стоматологическая поликлиника»
2. Адрес местонахождения: Свердловская область, г. Талица, ул Калинина, дом № 1.
3. Адрес места оказания медицинских услуг: Свердловская область, г. Талица, ул Калинина, дом № 1.
4. Данные документа , подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государствееную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации номер 19, ОГРН 1026602234229, выдано ИФСН России по Свердловской области , 19 апреля 2014 г.
5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата её регистрации с указанием перечня работ (услуг) , составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-66-01-002429 от 24.02.2014г. . выдана Министерством здравоохранения Свердловской области ( 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34 б, тел. (343)270-18-18). Перечень работ(услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: доврачебная медицинская помощь по : рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; амбулаторно-поликлиническая помощь , в том числе по : стоматологии детской; стоматологии терапевтической; стоматологии ортопедической; стоматологии хирургической. Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационном стенде Исполнителя, а также на сайте исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети « Интернет» http: //stomatologgiy@ yandex.ru/

**Сведения о Пациенте**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1 В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг, а также выполнять требования Исполнителя обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту оговариваться в приложении к договору в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя. Пациенту могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается дополнительно.

1.3 При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим Российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1.4 Исполнитель уведомляет потребителя об альтернативной возможности получения услуг за счет бюджетных и иных средств в рамках Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**2.УСЛОВИЯ, СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1 Исполнитель оказывает услуги в помещении стоматологической поликлиники по адресу: Свердловская область, г. Талица, ул. Калинина д.1

2.2 Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией поликлиники.

2.3 Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Пациент установил как дату своего прихода на прием (запись по телефону (343-71)2-18-48). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

**3.ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

3.1 Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Пациентом в полном объеме в день оказания услуг, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон. «Исполнитель» выдает «Пациенту» чек, подтверждающий прием наличных денег.

3.2 Исполнитель может принять в качестве способа расчета за оказанные Пациенту услуги медицинскую страховку Пациента застрахованному по добровольному медицинскому страхованию в страховых компаниях, с которыми у Исполнителя заключен договор. При признании компанией случая не страховым пациент производит оплату услуг в соответствии с пунктом 3.1 настоящего договора.

3.3 Цена платных услуг в соответствии с ее видами и объемом установлена в размере

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

в соответствии с утвержденным прейскурантом цен на платные медицинские услуги.

3.4 Расчеты с населением в медицинском учреждении за предоставление платных услуг осуществляются Исполнителем с применением контрольно-кассовых машин.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

4.1 **Исполнитель обязуется:**

4.1.1 Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

4.1.2 В своей деятельности по оказанию услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3 Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием стоимости, об условиях предоставления этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4 Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.1.5 Компенсировать все убытки, понесенные Пациентом в случае расторжения договора по инициативе Исполнителя.

4.1.6 Бесплатно устранять дефекты изготовления и материалов при соблюдении следующих условий:

- Гарантийный срок исчисляется с момента окончания лечения каждого зуба или сдачи зубных протезов заказчику.

- Заказчик должен предоставить Исполнителю свой экземпляр договора и квитанции, подтверждающие оплату по договору на оказанные услуги.

- Для реализации права на гарантию Пациент обязан пройти осмотр у врача, назначенного Исполнителем.

- При осуществлении ортопедического лечения представить изготовленные Исполнителем зубные протезы.

- Настоящая гарантия не распространяется на нормальный износ или на повреждения, вызванные ненормальным или неправильным использованием, небрежностью или несчастным случаем.

Гарантия на пломбы из композитов – 1 год. Кроме случаев восстановления зубов с использованием анкерных стекловолоконных и парапульпарных штифтов и лечения зубов 4 класса по Блеку.

Штампованные, паяные и литые протезы с ионо – плазменным напылением – 6 месяцев. Облицовка из пластмассы – 6 месяцев.

На другие ортопедические конструкции – 1 год.

4.2 **Исполнитель вправе:**

4.2.1 Требовать от пациента выполнения рекомендаций, обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг.

 4.2.2 Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае несоблюдения Пациентом условий договора.

4.3 **Пациент вправе:**

4.3.1 Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствия и результатах проведенного лечения.

4.3.2 Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего договора.

4.3.3 Пациент имеет право предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.

4.3.4 Пациент имеет право в случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг по своему выбору назначить новый срок оказания услуги, потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги или потребовать исполнения услуги другим специалистом.

4.3.5 В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг, подписав при этом добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения.

4.3.6 Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае обнаружения существенного недостатка выполненной услуги, а также в случае если в установленный договором срок выполнения услуги недостатки не устранены исполнителем.

4.4 **Пациент обязуется:**

4.4.1 Пациент обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

4.4.2 Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия для достижения и сохранения результатов лечения. Своевременно посещать лечебные, контрольные профилактические осмотры 1 раз в шесть месяцев, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупреждать об этом исполнителя не позднее, чем за один день.

4.4.3 Сообщать врачу о перенесенных или имеющихся заболеваний, о контракте с инфицированными больными.

4.4.4 Оплатить Исполнителю фактически осуществленные им расходы, в случае расторжения договора по инициативе Пациента.

4.4.5 Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг. Заботиться о сохранении своего здоровья.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1 Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2 С согласия пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1 В соответствии с законодательством РФ Исполнитель несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

6.2 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащие исполнение настоящего договора, если докажет, что причиной которого стало нарушение Пациентом условий договора а также по иным основаниям предусмотренным законодательством РФ.

**7.РАСМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

7.1 Все споры, возникающие при исполнении этого договора, разрешается сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в судебном порядке.

**8.ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

8.1 При подписании договора Пациент дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включая особые категории (фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью) в целях оказания медицинских услуг, ведение внутреннего учета Исполнителя.

8.2 Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Пациента.

8.3 Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, уничтожение и др. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Потребителя путем внесения их в электронную базу данных Исполнителя. Также предоставляется право передачи персональных данных сторонним организациям, участвующим в оказании медицинских услуг непосредственно Пациенту.

8.4 Настоящее согласие действует бессрочно до момента подачи в письменном виде Исполнителю заявления об отзыве своего согласия на обработку данных. В данном случае Исполнитель обязуется прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате до этого Услуг, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

**9.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1 Потребитель подтверждает, что он ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006, а также, что он информирован о том, что несоблюдение 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 состоянии здоровья Пациента. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющую одинаковую силу, по одному для каждой из сторон. Вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до конца текущего года. Если одна из сторон не заявит о расторжении до 31 декабря текущего года, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год.

**10. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**

10.1 Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

10.2 В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается . Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**11.ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Исполнитель»****ГАУЗ СО «Талицкая СП»****ИНН 6654007904****623640, Свердловская область,** **г. Талица, ул. Калинина, 1****ОГРН 1026602234229****Телефон: 8-34371-2-35-47****Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Н.В.Шатунова** | **«Пациент»****Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 года

Вид и объем оказываемой услуги

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименованиеоказываемойуслуги | УЕТ | Кол-воуслуг | Сумма | № чека  | Ф.И.О. врача | Подписьпациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 года

Вид и объем оказываемой услуги

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| КодУслуги | Наименованиеоказываемойуслуги | УЕТ | Кол-воуслуг | Сумма | № чека  | Ф.И.О. врача | Подписьпациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |