

Договор №

оказания платных стоматологических услуг

г.Оренбург
государственное автономное учреждение здравоохранения «Оренбургская областная клиническая стоматологическая поликлиника» (свидетельство ЕЛ ПГОЛ 56 № 003327465 выдано Межрайонной ИФНС №10 по Оренбургской области 16 декабря 2011 г.; лицензия Министерства здравоохранения Оренбургской области (адрес: 460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, д. 33, тел. (3532) 77-45-19) № ЛО - 56-01-001489 от 04 июня 2015 г. на осуществление доврачебной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи), далее именуемое «Исполнитель», в лице главного врача Дорощева В.А. действующего на основании устава, с одной стороны, именуемый (-ая,-ое) в дальнейшем «Заказчик», и гражданин _____, далее именуемый «Пациент», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги, перечень которых определяется в соответствии с планом лечения, Пациент обязуется принять данные услуги, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, а Заказчик обязуется оплатить стоимость медицинских услуг.

1.2. Срок предоставления платных медицинских услуг: начало с даты подписания договора, окончание согласно плану лечения. В случае необходимости срок оказания услуг может быть продлен.

1.3. Пациент подтверждает, что до заключения настоящего договора предупрежден, что несоблюдение указаний врача может снизить качество предоставляемых услуг, а также повлечь за собой невозможность их завершения в срок.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется по расценкам прейскуранта, с которым Пациент и Заказчик ознакомились перед заключением настоящего Договора. Стоимость оказанных услуг указывается в приложении (ях) к настоящему договору.

2.2. Оплата услуг Исполнителю по настоящему Договору производится Заказчиком в полном объеме в день окончания лечения.

2.3. Оказываемые по настоящему Договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования.

2.4. Пациент подтверждает, что он получил полную информацию о возможности и условиях предоставления ему бесплатных медицинских услуг в рамках программы обязательного медицинского страхования, ознакомлен с положением об оказании платных медицинских услуг и дает свое согласие на оказание ему платных медицинских услуг.

2.5. Заказчик подтверждает, что он был ознакомлен с положением об оказании платных медицинских услуг и готов их оплатить.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. В оговоренное с Пациентом время Исполнитель организует осуществление осмотра Пациента квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в медицинской карте Пациента и приложение (-ях), являющемся (-ихся) неотъемлемой частью настоящего договора

3.2. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения, оформленное подписью Пациента.

3.3. 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, утвержденном в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего договора.

3.4. Исполнитель не оказывает услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Пациент находится в состоянии опьянения.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Оказать услуги надлежащего качества, в соответствии с технологией, предусмотренной для оказываемой услуги.

4.1.2. Предупредить Пациента и Заказчика, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг. Без согласия Пациента и Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе в рамках настоящего договора.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Требовать от Пациента и Заказчика предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

4.2.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 2 настоящего Договора.

4.2.3. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований врача и условий настоящего Договора.

4.2.4. При проведении обследования и лечения может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов исследования и лечения. При отсутствии соответствующих технических возможностей Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

4.2.5. Изменить с письменного согласия Пациента план лечения и объем необходимых действий в случае, если в процессе лечения имеют место обстоятельства, в связи с которыми диагноз может измениться. В случае, если данные изменения повлекут изменение стоимости медицинских услуг в рамках настоящего договора письменно согласовывать изменения с Пациентом и Заказчиком путем заключения дополнительного соглашения к настоящему договору.

4.2.6. Требовать от Пациента и Заказчика подписание акта оказанных услуг в течение двух рабочих дней с даты их получения. В случае непредставления в вышеуказанный срок в адрес Исполнителя подписанного акта оказанных услуг или замечаний по оказанным услугам, услуги считаются оказанными надлежащим образом и акт признается подписанным стороной, которой направлен акт.

4.3. Заказчик обязуется:

4.3.1. Оплатить услуги в размере и сроки, предусмотренные в разделе 2 настоящего Договора.

4.4. Заказчик и Пациент вправе:

4.4.1. Отказаться от исполнения Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

4.5. Пациент обязуется:

4.5.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.

4.5.2. 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.

4.5.3. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом. В случае невозможности явки на лечение в установленное время Пациент ОБЯЗАН предупредить врача за 2 часа до назначенного времени приема. В случае опоздания на прием более чем на 15 минут врач имеет право назначить лечение на другое время, известив об этом Пациента.

4.5.4. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

4.5.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг.

4.5.6. Соблюдать все иные условия настоящего договора.

4.6. Пациент вправе:

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

4.6.2. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

4.6.3. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

4.6.4. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

4.7. Заказчик вправе:

4.7.1. Оплачивать медицинские услуги авансом, а также поэтапно, на основании подписанных сторонами актов оказанных услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины.

5.2. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

5.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

5.4. Все споры по настоящему Договору разрешаются Сторонами путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ГАРАНТИЯ

6.1. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на оказанные стоматологические услуги в объеме и сроки, предусмотренные действующим локальным актом Исполнителя.

6.2. Гарантийные сроки исчисляются с момента завершения оказания услуги.

6.3. Гарантийные обязательства, предусмотренные настоящим Договором, считаются утратившими силу, если имеет место нарушение условий Договора, в том числе несоблюдение всех рекомендаций и предписаний врача.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств.

7.2. В случае невыполнения Пациентом своих обязательств, предусмотренных п.4.5.1 настоящего Договора он не может рассчитывать на ожидаемый результат оказания стоматологических услуг. Данные обстоятельства Стороны настоящего Договора расценивают как невозможность исполнения обязательств, взятых на себя Исполнителем по независящим от Исполнителя обстоятельствам.

7.3. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении данного Договора со стороны Исполнителя допускается использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

7.4. Прекращение и изменение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.5. Содержащиеся в медицинской карте Пациента дополнения к Договору являются его неотъемлемой частью.

7.6. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Заказчик:

ГАУЗ "ООКСП"

Ф.И.О.

Место нахождения:

460035, г. Оренбург, ул. Пролетарская, д. 155/2

ИНН/КПП: 5611014736/561101001

ОКПО 01910483 ОГРН 1025601716293

ОКОНХ 91514

Банковские реквизиты:

Паспорт серия №

Выдан:

Дата выдачи:

Адрес:

Телефон:

Заказчик

/ Ф.И.О.

БИК

Телефон/факс (3532) 77-05-43 приемная

Электронная почта:

Исполнитель _____ / Ф.И.О.

м.п.

Пациент:

Ф.И.О.

Паспорт серия □

Выдан:

Дата выдачи:

Адрес:

Телефон:

Заказчик

/ Ф.И.О.

Приложение к договору №

№	Номер зуба	Артикул	Наименование	Количество	Цена	Сумма
1						
Итого:						

Заказчик
Ф.И.О.

Пациент
Ф.И.О.

Исполнитель
Должность

_____ Подпись

_____ Подпись

_____ Ф.И.О.