

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Нижневартовск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника», лист записи Единого государственного реестра юридических лиц за основным государственным регистрационным номером (ГРН) 2138603113867, выданного МРИ ФНС России № 6 по ХМАО – Югре 27.12.2013 г., Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-86-01-001608 от 22.01.2014 г., выдана службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, в лице кассира \_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

(Ф.И.О)

именуемый в дальнейшем «Потребитель / законный представитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», в соответствии с частью 7 статьи 84 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, обязуется оказать Потребителю / законному представителю платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель / законный представитель обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя / законного представителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя / законного представителя.

1.3. Перечень медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Наряде на оказание платных услуг.

1.4. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя / законного представителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5. Срок оказания медицинских услуг с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

В случае продления срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью Договора.

1.6. Вид медицинских услуг определен Нарядом на оказание платных услуг (Приложение № 1 к Договору).

1.7. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает по запросу Потребителя / законного представителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

### 2. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании Наряда на оказание платных услуг по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги (Тарифы), утвержденным Приказом БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» от \_\_\_\_\_ и составляет:

                     рубля                      копеек.

2.2. Оплата по настоящему договору производится в течение 3 (трех) рабочих дней на основании подписанного Сторонами Наряда на оказание платных услуг (Приложение № 1 к Договору), способ оплаты Потребитель / законный представитель выбирает самостоятельно:

- наличными денежными средствами в кассу Исполнителя;
- перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя;
- посредством банковской карты через платежный терминал в кассе Исполнителя.

2.3. Потребителю / законному представителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату за предоставленные медицинские услуги (контрольно-кассовый чек).

2.4. В случае если по каким – либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю / законному представителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя / законного представителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний указанных в п. 3.3.4 Договора, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме за фактически оказанными медицинскими услугами.

### 3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется

3.1.1. Оказать Потребителю / законному представителю медицинские услуги в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в амбулаторную карту. Качество оказываемых пациенту медицинских услуг должно соответствовать требованиям действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемым требованиям к услугам соответствующего вида.

3.1.2. Поручить лечение врачу (Ф.И.О. врача) \_\_\_\_\_

3.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.4. Немедленно извещать Потребителя / законного представителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, а также о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг.

3.1.5. При возникновении условий, указанных в п.3.1.4 Договора Сторонами оформляется дополнительное соглашение.

3.1.6. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям, Исполнитель извещает об этом Потребителя / законного представителя.

Без письменного согласия Потребителя / законного представителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги.

3.1.7. По требованию Потребителя / законного представителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи, применяемую при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.1.8. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

3.1.9. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю / законному представителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя / законного представителя.

3.1.10. Установить гарантийный срок на оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_. (Гарантийный срок определяется в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в медицинских организациях всех форм собственности ХМАО-Югры от 11.12.2012 г.).

3.1.11. Информировать Потребителя / законного представителя о возможном получении услуги по территориальной программе Ханты-Мансийского АО – Югры «Государственные гарантии оказания гражданам Российской Федерации на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры бесплатной медицинской помощи» и возможности получения ее бесплатно при наличии полиса ОМС, в течении месяца с момента обращения.

### **3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем / законным представителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу.

3.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю / законному представителю в предоставлении медицинских услуг.

3.2.3. Получать от Потребителя / законного представителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем / законным представителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

### **3.3. Потребитель / законный представитель обязуется:**

3.3.1. Оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в п. 2.1 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные о предварительных исследованиях и консультациях специалистов, проведенных вне медицинской организации (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу).

3.3.5. В случае возникновения обстоятельств указанных в п. 3.1.4 Договора, Потребитель / законный представитель подписывает дополнительное соглашение к настоящему Договору об уменьшении или увеличении оказываемых медицинских услуг и оплачивает оказанные медицинские услуги на основании Акта об оказании услуг.

3.3.6. По факту оказания медицинских услуг, подписать Акт об оказании услуг.

### **3.4. Потребитель / законный представитель имеет право:**

3.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

3.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

## **4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя / законного представителя в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем / законным представителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.2 Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пп. 3.3.4 и 2.5 Договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.) препятствующих выполнению Сторонами обязательств по настоящему договору.

## **5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя / законного представителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные его обследованием и лечении составляющие врачебную тайну.

## **6. Порядок рассмотрения разногласий**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **7. Срок действия и порядок изменения и расторжения Договора**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств, принятых Сторонами.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

К Договору прилагаются:

- Наряд на оказание платных услуг (Приложение № 1 к Договору);

- Акт об оказании услуг (Приложение № 2).

Все приложения к Договору являются его неотъемлемой частью.

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

7.4. Настоящий договор может быть расторгнут в любой момент по обоюдному согласию Сторон.

7.5. Потребитель /законный представитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.6. Договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя согласно п.3.2.1 настоящего Договора.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8. Реквизиты и подписи сторон

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

БУ «Нижневартовская городская  
стоматологическая поликлиника»

Адрес: Российская Федерация, 628616, Ханты-Мансийский  
автономный округ - Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, дом 11,  
корпус 2,3

Режим работы: пн-пт.: 8.00-20.50, сб.: 8.00-14.00,  
вс.: выходной.

Тел.приемная: (3466) 24-13-40, факс: (3466) 24-15-30

Банковские реквизиты: Депфин Югры (БУ «Нижневартовская  
городская стоматологическая поликлиника»)

Банк: РКЦ Ханты-Мансийск г.Ханты-Мансийск  
р/с 406 018 102 00003 000001

БИК 047162000

л/с 620.33.334.0

ИНН/КПП 8603088909/860301001

ОКВЭД 85.11.1

Кассир \_\_\_\_\_ Д.Н. Брагина  
М.П.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:**

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

Адрес:

Телефон:

Паспортные данные: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
(подпись Ф.И.О)

*Ф.И.О законного представителя несовершеннолетнего от 15 лет*

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

*Паспортные данные:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Я являюсь законным представителем несовершеннолетнего  
(выбрать нужное - мать, отец, опекун, попечитель)*

*Даю согласие на совершение сделки (заключение договора на  
оказание платных медицинских услуг от \_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_)*

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
(подпись Ф.И.О законного представителя)