**Договор оказания платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_**

 **г. Ишим от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.**

 Государственное автономное учреждение здравоохранения ТО «Ишимская городская стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице главного врача Бойко Дмитрия Александровича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО – 72-01-002802 от 01.06.2018 года на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области и Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006, Приказа Департамента здравоохранения Тюменской области от 08.06.2009 года № 23-ос, с одной стороны, и гр.

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

Ф.И. О. пациента, законного представителя действующего в интересах

именуемый в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК (Потребитель)**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего договора является оказание платных стоматологических услуг в полном объеме, качественно, квалифицированными специалистами, согласно Порядка оказания медицинской помощи, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Основанием оказания услуги является отсутствие соответствующих услуг в Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и региональных стандартов, добровольное желание пациента.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

2.1.1. По согласованию с **ЗАКАЗЧИКОМ** назначить конкретных исполнителей по оказанию услуг.

2.1.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.

2.1.3. Отказать в лечении, если это лечение не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.

2.1.4. При наличии противопоказаний отказать **ЗАКАЗЧИКУ** в предоставлении стоматологической медицинской услуги.

**2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ** **обязан:**

2.2.1. Оказать медицинские услуги, соответствующие требованиям, которые предъявляются к существующим методам диагностики, профилактики и лечения.

2.2.2. Проинформировать **ЗАКАЗЧИКА** о возможности получения альтернативного лечения в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.2.3. Предварительно знакомить **ЗАКАЗЧИКА** с прейскурантом на оказываемые стоматологические услуги, все виды оказываемых стоматологических услуг оформлять нарядом.

2.2.4. Предоставить **ЗАКАЗЧИКУ** информацию о проводимом лечении.

**2.3. ЗАКАЗЧИК имеет право:**

2.3.1. На оказание качественной медицинской помощи, в соответствии со ст. 30-33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

2.3.2. На выбор лечащего врача и на получение услуг с учетом нормативного времени (времени, необходимого для оказания каждой услуги для конкретного пациента).

2.3.3. Предупредить лечащего врача о существующих у него противопоказаниях к лекарственным средствам, которые может применять врач.

2.3.4. На качественное оказание услуг, предусмотренных п. 1.1. настоящего договора;

2.3.5. Внести предоплату (аванс) в размере не менее 50% от стоимости предоставляемых стоматологических услуг, оставшуюся часть оплатить после получения стоматологических услуг.

2.3.6. В случае возникновения разногласий между **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** и **ЗАКАЗЧИКОМ** по вопросу качества оказанных услуг или иным условиям настоящего договора, спор между сторонами может, рассматривается главным врачом (заведующим отделением) **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, по средствам его досудебного урегулирования путем обращения в клинико - экспертную комиссию и (или) к экспертам Тюменской Стоматологической Ассоциации и (или) возможно урегулирования споров посредством медиации в досудебном порядке.

**2.4. ЗАКАЗЧИК обязан:**

2.4.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать гигиену полости рта являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.4.2.Предварительно ознакомиться с прейскурантом на оказанные стоматологические услуги,

2.4.3. Получить информацию о возможности получения альтернативного лечения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

**3. Сумма договора и порядок расчетов:**

3.1. Стоимость оказываемых услуг определяется прейскурантом **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, действующим на момент подписания настоящего договора, и составляет сумму согласно Наряду, оформленному лечащим врачом.

3.2. Цена договора составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3.3**.** Расчеты между сторонами осуществляются в рублях. Оплата осуществляется в день подписания договора.

3.4. Оплата оказываемых услуг осуществляется **ЗАКАЗЧИКОМ** за наличный расчет (внесением денежных средств в кассу **ИСПОЛНИТЕЛЯ)**, либо безналичным расчетом ( путем перечисления денежных средств на счет **ИСПОЛНИТЕЛЯ)**.

3.5. **ЗАКАЗЧИК** обязан производить оплату медицинских услуг в полном объеме, согласно условиям договора.

**4. Ответственность сторон:**

4.1. **ЗАКАЗЧИК** и **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством об охране здоровья граждан.

4.2. **ЗАКАЗЧИК** несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача и своевременную оплату медицинских услуг.

4.3. При несоблюдении **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** обязательств по исполнению услуг **ЗАКАЗЧИК** вправе потребовать:

- устранения недостатков выполненной работы (услуги);

- уменьшение цены выполненной работы (услуги);

- исполнения услуги другим специалистом, с изготовлением стоматологической модели, пломбы из однородного материала. При этом ЗАКАЗЧИК обязан возвратить ранее переданную ему ИСПОЛНИТЕЛЕМ стоматологическую модель;

 - возмещение потраченных на некачественные услуги средств.

4.4. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии своей вины.

4.5. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территорий РФ.

4.6. Подписывая данный договор, З**АКАЗЧИК**, в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.2006 г "О персональных данных" № 152-ФЗ: Подтверждаю свое согласие на обработку специалистом медицинского стоматологического учреждения моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в процессе оказания **ЗАКАЗЧИКУ** медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах его обследования и лечения. Срок хранения персональных данных **ЗАКАЗЧИКА** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Настоящее согласие действует бессрочно.

 **ЗАКАЗЧИК** несет ответственность за причиненный вред имуществу **ИСПОЛНИТЕЛЯ** в полном объеме, зa невыполнение требований п. 2.4.1., 2.4.2.

**5. Дополнительные условия.**

5.1. **ЗАКАЗЧИК** ознакомлен с возможность и порядком получения бесплатной медицинской помощи в рамках «Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Тюменской области» в пределах утвержденных стандартов оказания медицинской помощи.

5.2. Согласие **ЗАКАЗЧИКА** на получение платных услуг является добровольным и информированным.

5.3. Медицинская карта стоматологического больного существует в единственном экземпляре и хранится в поликлинике, копию либо выписку из медицинской карты стоматологического больного может получить лично пациент или его законный представитель.

5.4. Гарантийные сроки при оказании стоматологической помощи в ГАУЗ ТО «ИГСП» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.5. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или некачественное исполнение своих обязанностей при наличии своей вины. Все споры и разногласия по данному договору могут быть разрешены в соответствии с законодательством РФ.

5.6. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при заполнении настоящего договора. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения ЗАКАЗЧИКА за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.7.Данный договор заключается вне всякой зависимости от ОМС.

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

5.9.Договор заключен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу

5.10. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** снимает гарантию в случае неявки и обращения **ЗАКАЗЧИКА** в другую стоматологическую поликлинику.

**6**. Заключительные положения. Все изменения дополнения к настоящему Договору вносятся по обоюдному согласию сторон, оформляются письменно и являются частью данного договора. Данный Договор составлен в 2 х экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу.

**7. Адреса и подписи сторон:**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ: ЗАКАЗЧИК**

|  |  |
| --- | --- |
| ГАУЗ ТО «ИГСП»  г. Ишим, ул. Ф. Энгельса,27/1 ИНН 7205006285; КПП 720501001 р/с 40601810400003000001 в Отделение Тюмень г. Тюмень (ГАУЗ ТО ИГСП», л/с ЛС 021151167 ИГСП)  БИК 047102001  **Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.А. Бойко** | Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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

**Акт об оказанных платных медицинских услугах**

 **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

 Исполнитель – ГАУЗ ТО «ИГСП»

 Пациент – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Настоящий акт составлен в том, что на основании договора № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. «Исполнитель» оказал «Заказчику» следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** |  **Кол - во** | **Стоимость** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (сумма прописью)

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных исполнителем услуг заказчик не имеет.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( )

**Акт выполненных работ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.**

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей (сумма прописью)

Вышеперечисленные услуги, выполненные полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 МП подпись