

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

г. Тверь

## 1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

**Исполнитель:** ГБУЗ ГКБ № 6, лицензия № ЛО69-01-001768 от 23.12.2015 г. по стоматологии, стом. терап., хирургич., ЧЛХ, ЭВН, рентгенологии и физиотерапии, выдана МЗ ТО, министр Курьинин Р.В., в лице главного врача Жуковой М.В.  
Адрес: пл. Гагарина, д. 6/н.

**Пациент:** Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

## 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПОЛУЧЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Согласно настоящему договору **Исполнитель** оказывает **Пациенту** по его заданию платные медицинские услуги в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, согласованным с **Пациентом**. Услуги оказываются сертифицированным специалистом на основании методик и технологий разрешенных на территории РФ в сроки, обозначенные стандартами оказания стоматологической помощи в соответствии с поставленным предварительным диагнозом.
- 2.2. **Пациент** при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых **Исполнителем** услуг, стоимостью и условиями их предоставления и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств или в других медицинских учреждениях.

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 3.1. Исполнитель обязуется:

- Предоставить **Пациенту** необходимую информацию об оказываемых организацией стоматологических услугах, применяемых материалах, технологиях;
- Осуществить осмотр и обследование **Пациента**, установить предварительный диагноз и объем необходимого лечения;
- Информировать **Пациента** о результатах обследования, планируемом лечении и возможных осложнениях;
- Осуществлять лечение заболеваний полости рта терапевтически и хирургическим методом в соответствии с методиками и технологиями, разрешенными на территории РФ;
- Предоставлять **Пациенту** гарантию на проведенное лечение согласно стандартам, разрешенным на территории РФ сроком на 1 год;
- **Исполнитель** не несет ответственности за непредвиденные побочные эффекты и осложнения, которые возникают вследствие биологических особенностей человеческого организма, и о вероятности которых **Пациент** был предварительно информирован.

### 3.2. Исполнитель имеет право:

- Самостоятельно определить методику и технологию оказания стоматологической услуги, руководствуясь объективными данными и опытом врача;
- В необходимых случаях изменить план лечения и стоимость работ с согласия **Пациента**, а при возникновении неотложных состояний врачу самостоятельно определить объем медицинской помощи;
- Отказаться от выполнения услуг, требуемых **Пациентом** и несоответствующих утвержденным методам лечения.

### 3.3. Пациент обязуется:

- Оплатить услугу согласно п. 4 настоящего договора;
- Выполнять назначения и рекомендации врача;
- Немедленно сообщать обо всех изменениях общего состояния здоровья и после лечения;
- Являться на прием в назначенное время и проходить профилактический осмотр один раз в пол года.



**3.4. Пациент имеет право:**

- Выбирать врача, способ облегчения боли средствами и способами, имеющимися в организации;
- Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме), в любое время при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору;
- Предъявлять 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. СТОИМОСТЬ РАБОТ, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. За выполнение услуг, указанных в данном договоре, **Пациент** выплачивает **Исполнителю** сумму согласно прейскуранта в день оказания услуги.

4.2. Расчет производится наличными деньгами в кассу **Исполнителя**.

Перечень оказанных услуг и их стоимость: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медсестры: \_\_\_\_\_

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение условий настоящего договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

**6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Если в курсе лечения возникает непредвиденная ситуация, исключающая возможность согласования **Пациентом** врачебных манипуляций и иных действий, **Исполнитель** вправе действовать самостоятельно, исходя из интересов сохранения здоровья и причинения наименьшего вреда **Пациенту**.

6.2. Индивидуальные рекомендации лечащего врача: \_\_\_\_\_

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует в течение одного года. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из сторон.

**ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

**Исполнитель:**

ГБУЗ ГНБ № 6 170008 Тверь, ул. Орджоникидзе, 36  
ИНН 6903006928 КПП 690301001 БИК 042809001

Главный врач \_\_\_\_\_ М.В. Жукова

**Пациент:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

**8. Порядок изменения и расторжения договора** осуществляется по согласованию сторон, либо в установленном законодательством РФ порядке.

