

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Ижевск

« _____ » _____ 20 ____ г.

Автономное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (АУЗ УР «РСП МЗ УР»), в лице _____, действующего на основании Приказа от 12.07.2017 № 104 и (или) Приказа от 05.02.2018 № 31 «О наделении правом подписи», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности на услуги, выполняемые 2. При оказании первичной доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; 7) при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи (регистрационный № ЛО-18-01-002100 от 30.09.2016, выдана Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики (УЛМД УР), зарегистрированное в Едином государственном Реестре юридических лиц Инспекцией Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Ижевска № 1021801155848 «08» апреля 1997 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (ка) _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», в случае получения медицинских услуг по настоящему договору и «Заказчик», в случае заключения договора в интересах третьего лица, с другой стороны, совместно по тексту настоящего договора именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель по заданию Потребителя/Пациента/Заказчика обязуется оказать платные медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом, утвержденным главным врачом: по ортопедической стоматологии с указанием кода услуги: _____

1.2. Стоимость оказанной медицинской услуги оговаривается с Потребителем/Пациентом/Заказчиком и указывается в квитанции об оплате, выданной Потребителю/Пациенту/Заказчику при оплате. Квитанция является приложением к настоящему договору.

2. Условия оказания медицинских услуг

2.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие Потребителя/Пациента/Заказчика, либо отказ от него.

2.2. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора.

2.3. Исполнитель подтверждает Потребителю/Пациенту/Заказчику гарантии конфиденциальности передаваемых им сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4. Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинской манипуляции принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния Потребителя/Пациента/Заказчика и его информированного согласия.

2.5. Оплата медицинской услуги проводится в кассу поликлиники наличными средствами, безналичным расчетом с использованием банковской карты в день оказания услуги.

2.6. Потребителю/Пациенту/Заказчику выдается на руки Квитанция на оплату, кассовый чек или копия бланка, подтверждающего прием денег.

2.7. При заключении договора, Потребителю/Пациенту/Заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках государственного задания в соответствии с законодательством УР о социальной защите и поддержке населения.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Потребитель/Пациент/Заказчик имеет право:

- на предоставление информации о медицинском учреждении, режиме работы, о платных медицинских услугах их перечне и стоимости;
- на оказание услуг надлежащего качества, в соответствии с порядками и стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- на получение сведений о наличии учредительных документов, лицензии, сертификатов специалистов,

о расчете стоимости оказанной услуги;

- на выбор лечащего врача с учетом согласия последнего и графике работы лечащего врача;
- на получение сведений о состоянии здоровья, результатов обследования и копий медицинских документов;

3.2 Потребитель/Пациент/Заказчик обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, об имеющихся заболеваниях и аллергических реакциях;
- своевременно оплатить стоимость медицинской услуги в срок и в порядке, которые указаны в настоящем договоре;
- сообщить достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, имеющихся в настоящее время инфекционных заболеваниях;
- сообщить администратору фамилию, имя, отчество, место жительства, номер контактного телефона;
- выполнять требования и рекомендации врача, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги и являться на прием в назначенное время;
- соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов в АУЗ УР «РСП МЗ УР», установленные «Исполнителем», и санитарно-эпидемиологический режим учреждения.

3.3. Исполнитель обязан:

- обеспечить оказание медицинской услуги согласно стандартам и методикам, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- предоставить Потребителю/Пациенту/Заказчику доступную, достоверную информацию об оказываемой медицинской услуге и условиях её оказания;
- выдать Потребителю/Пациенту/Заказчику кассовый чек или копию бланка об оплате медицинской услуги.

3.4. Исполнитель имеет право:

- самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств при оказании медицинской помощи в экстренной форме без взимания платы;
- в случае опоздания или неявки Потребителя/Пациента в назначенное время на прием к врачу, Исполнитель вправе сделать перенос приема по своему усмотрению.
- требовать от Потребителя/Пациента/Заказчика соблюдения графика приема врачей-специалистов, выполнения требований и рекомендаций врача. В случае неисполнения данных требований отказаться от исполнения настоящего договора.
- прекратить оказание медицинской услуги, немедленно уведомив об этом Потребителя/Пациента/Заказчика в следующих случаях:
 - при наличии медицинских противопоказаний, заведомой невозможности достичь результата лечения;
 - при неоплате услуги Потребителем/Пациентом/Заказчиком;
 - при предоставлении Потребителем/Пациентом/Заказчиком неполных и (или) недостоверных сведений, связанных со здоровьем;
 - при нарушении Потребителем/Пациентом/Заказчиком правил внутреннего распорядка, невыполнении медицинских предписаний.

4. Гарантийные сроки

При выполнении всех рекомендаций и требований лечащего врача (врачей), гарантийные сроки и сроки службы по ортопедической стоматологии соответственно составляют: 1) культевые вкладки 1 год и 2 года; 2) виниры – 9 месяцев и 1,5 года; 3) коронки: 3.1) из пластмассы (за исключением временных) – 6 месяцев и 1 год; 3.2) из металлокерамики – 1 год и 2 года; 3.3) штампованные коронки из стали – 1 год и 2 года; 3.4) штампованные коронки с пластмассовой облицовкой из стали – 6 месяцев и 1 год; 3.5) коронки цельнолитые из КХС – 1 год и 2 года; 3.6) коронки цельнолитые с облицовкой – 6 месяцев и 1 год; 4) мостовидные протезы: 4.1) паянные, из стали – 1 год и 2 года; 4.2) цельнолитые из КХС – 1 год и 2 года; 4.3) цельнолитые с облицовкой из пластмассы – 6 месяцев и 1 год; 4.4) Мостовидные протезы из металлокерамики и безметалловой керамики – 1 год и 2 года; 5) бюгельные протезы – 1 год и 2 года; 6) частичные съемные пластиночные протезы - 6 месяцев и 1 год; 7) полные съемные и пластиночные протезы – 6 месяцев и 1 год; 8) напыление – 6 месяцев и 6 месяцев.

Примечание:

- Гарантийный срок на ортопедические услуги начинает действовать с момента установки постоянных конструкций во рту Потребителя/Пациента, что подтверждается записью в амбулаторной карте.
- Сроки гарантии распространяются только на изделия.
- При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются в два раза.
- При протезировании на имплантаты сроки гарантии и службы определяются в соответствии с конструкцией протеза.

5. Ответственность «Сторон»

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем/Пациентом/Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя/Пациента.

5.2. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге Потребитель/Пациент/Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной медицинской услуги;
- возмещения фактически понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в соответствии с квитанцией на оплату, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение, ненадлежащее исполнение произошли вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом или нарушения Потребителем/Пациентом установленных правил пользования результатом услуги (нарушения рекомендаций врача во время и после лечения и т.п.).

5.4. Вред, возникший вследствие умысла Потребителя/Пациента, в частности, при умышленном невыполнении требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинской услуги, возмещению не подлежит.

5.5. Потребитель/Пациент/Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, если услуга не оказана по вине Потребителя/Пациента/Заказчика.

6. Порядок регулирования и разрешения споров

6.1. Споры, возникшие между Сторонами, разрешаются по соглашению сторон или в Арбитражном суде Удмуртской Республики.

6.2. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 30 дней.

6.3. Защита прав потребителей осуществляется в соответствии со ст. 17 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителя».

7. Срок действия договора

7.1. Датой начала оказания платных медицинских услуг является дата посещения Потребителем/Пациентом врача-специалиста «__»_____ 20__ года. Дата окончания срока действия договора оказания платных медицинских услуг определяется в медицинской документации и является ориентировочным, поскольку зависит от состояния здоровья пациента, выявления/не выявления в рамках диагностических процедур противопоказаний к проведению той или иной медицинской манипуляции, графика работы медицинского работника, анатомо-физиологических особенностей организма пациента по завершении определенного этапа лечения, установленного гарантийного срока и определяется индивидуально, фиксируется в медицинской карте, подписывается обеими сторонами.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя, Потребителя/Пациента и Заказчика. В случае если договор заключается Потребителем/Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, должны быть совершены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их законными представителями.

9. Реквизиты сторон

«Исполнитель»

Автономное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

426076, УР, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 231
тел./факс 52-41-72, бухгалтерия 57-07-85, регистратура 52-41-70; 57-04-20

л/с 30855735300 в Министерстве финансов УР

р/с 406 018 105 000 030 000 01

Отделение - НБ УР г. Ижевска

БИК 049401001 ОКПО 05247857

ИНН 1831023150 КПП 183101001

«Потребитель/Пациент/Заказчик»

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись: _____