Приложение № 1 к приказу

ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России

№ 344-ОД от 10.08.2016 г.

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Владивосток «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Федеральноегосударственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ФС-25-01-001372 от 04.08.2016 г. (серия ФС 0016276), выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения бессрочно, в лице **Васильевой Надежды Вадимовны**, действующей на основании **доверенности № 315 от 17.01.2019 г.**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические медицинские услуги, а Заказчик обязуется своевременно оплатить их.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются в объеме определяемом картой пациента и согласованном сторонами, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности № ФС-25-01-001372 от 04.08.2016 г., выданной Территориальным органом по надзору в сфере здравоохранения по Приморскому краю 690007, г. Владивосток, ул.1 Морская, д.2, тел./факс: (423) 222-42-46 ,фактический адрес: 690091, г. Владивосток, ул. Мордовцева, д.3, к. 907, Е-mail: [federal\_licenz@mail.ru](mailto:federal_licenz@mail.ru), при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) первичной медико-санитарной помощи по: контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, стоматологии, стоматологии детской; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: контролю качества медицинской помощи общественному здоровью и организации здравоохранения, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение 1).

**2. Условия и сроки оказания медицинских услуг**

2.1. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в соответствии с условиями и сроками, предусмотренными Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями и оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, с учетом объема услуг, установленного настоящим договором.

2.2. Медицинские услуги оказываются в условиях стоматологической клиники ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, по адресу: 690002, г. Владивосток, пр-т Острякова 2б.

2.3. Медицинские услуги оказываются в дни и часы работы стоматологической клиники по предварительной записи, осуществляемой регистратурой по тел: 245-19-60.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Цена услуг определяется прейскурантом, установленным на основании калькуляции, утвержденной Исполнителем, пропорционально объему фактически оказанных услуг.

3.2. Оплата производится за каждый отдельный этап услуг, оказанных фактически за каждый прием Заказчика, непосредственно по окончании приема, согласно Акту выполненных услуг по договору на оказание платных медицинских услуг (Приложение 2).

3.3. Оплата производится наличными в кассу Исполнителя.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Заказчику медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью Заказчика при оказании им медицинской помощи, возмещается в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4.3. За нарушение сроков исполнения услуг Заказчик вправе потребовать неустойку в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.4. Сумма взысканной Заказчиком неустойки не может превышать цену отдельного вида услуги.

4.5. Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения Заказчиком установленных правил использования услуг, в том числе несоблюдение назначений (рекомендаций) врача, назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов.

**5. Гарантии**

5.1. Исполнитель определяет для Заказчика гарантийный срок на оказываемые услуги и применяемые стоматологические материалы, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются и указав гарантийный срок и срок службы

5.2. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Заказчиком следующих требований:

- выполнить весь согласованный план лечения;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

5.3. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешний воздействий, в том числе длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах, окружающих тканях, а также стоматологических изделиях, находящихся в полости рта.

5.4. Гарантийные обязательства не предоставляется на хирургические, пародонтологические и ортодонтические методы лечения.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания.

6.2. При необходимости изменение в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.3. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается.

6.4. При расторжении договора по инициативе Заказчика, заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в размере стоимости фактически оказанных услуг.

**7. Приложения к договору**

7.1. Неотъемлемой частью настоящего договора являются следующие приложения:

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- акт выполненных услуг к договору на оказание платных медицинских услуг.

**8. Адреса, реквизиты и подписи сторон:**

**8.1.Исполнитель:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, зарегистрировано 12.08.2002 г. за ОГРН 1022501895877 Инспекцией Федеральной налоговой службы по Первореченскому району г. Владивостока, свидетельство серия 25 № 01768630, 690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2, ИНН 2538017661 КПП 253801001, УФК по Приморскому краю (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России л/счет № 20206U98150), р/с 40501810205072000002 Дальневосточном ГУ Банка России г. Владивосток, БИК 040507001, ОКПО 01962899 ОКОНХ 92110, код дохода 00000000000000000130.

**8.2**. **Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель Заказчик

**Васильева Н.В.** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/