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

г. Мурманск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года

Государственное областное автономное учреждение здравоохранения «Мурманская областная стоматологическая поликлиника» (далее – ГОАУЗ «МОСП»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава, с одной стороны и (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе.

1.1. Юрид. адрес: 183038, г. Мурманск, пр. Ленина, д. 78, тел. (8152) 47-66-11, e-mail: [stomat1-mur@mail.ru](mailto:stomat1-mur@mail.ru), адрес сайта: <https://stom51.ru/>, режим работы учреждения: пн-пт 08:00-21:00, сб 09:00-15:00, вск - вых.(режим работ отделения, в котором оказывается платная услуга может отличаться, информация доводится дополнительно под подпись пациента/потребителя).

1.2. Зарегистрировано 01.03.2017 в ЕГРЮЛ в УФНС России по Мурманской области в г. Мурманске: 183038, г. Мурманск, ул. Комсомольская, д. 2, ОКАТО 47401000000, ОКПО 06888759.

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01163-51/00324103 от 31.12.2019, выдана Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр. Кольский 1, тел. 8-(8152) 486-138) на срок (бессрочно).

Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности в отделении по адресу:

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

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденному в установленном законом порядке, в пределах возможностей ГОАУЗ «МОСП», а Потребитель обязуется в соответствии с разделом 4 настоящего Договора оплатить оказанные медицинские услуги, стоимость которых определена Приложением № 1 «Заказ-наряд», являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, рассчитанного на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта платных услуг и согласованного с Потребителем плана лечения.

2.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на виды медицинского вмешательства, заполненного и подписанного Потребителем, после ознакомления Потребителя с информацией, перечисленной в Приложении № 2 «Уведомление», которая размещена на интернет сайте ГОАУЗ «МОСП», на информационном стенде (стойке), находится в печатном виде в регистратуре и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени ГОАУЗ «МОСП» (о чем свидетельствует подпись в Приложении № 2 «Уведомление»).

2.1.2. Услуги оказываются специалистом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в помещении ГОАУЗ «МОСП», на оборудовании и материалами ГОАУЗ «МОСП» в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения (отражается в медицинской карте).

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги (комплекс медицинских услуг): провести осмотр, диагностику, на основании установленного диагноза составить план стоматологического лечения, проинформировать о стоимости медицинских услуг Потребителя.

3.1.2. До начала оказания услуги извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций для установления диагноза и назначения плана лечения для Потребителя.

3.2.2. Отказать в оказании медицинской стоматологической услуги, если это не соответствует требованиям технологии и может вызвать неблагоприятные последствия для Потребителя, с записью отказа в амбулаторную карту.

3.2.3. В случае отсутствия лечащего врача, либо в связи с иными объективными причинами, назначить другого врача для оказания платных стоматологических услуг.

3.2.4. Отказать в обслуживании Потребителю с признаками нахождения в алкогольном, токсическом или наркотическом опьянении или нахождение в состоянии здоровья, препятствующего проведению стоматологического лечения (медицинского вмешательства), либо пациенту, нарушающему правила поведения в учреждении.

3.2.5. Отказать Потребителю в оказании услуг в случае совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей ГОАУЗ «МОСП».

3.2.6. Перенести срок оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. До заключения настоящего Договора ознакомиться с информацией, отраженной в п. 2.2 и Приложении № 2 «Уведомление» Договора.

3.3.2. Оплатить медицинские услуги, согласно Приложению № 1, в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, оказывающему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных до обращения к Исполнителю (при их наличии). Сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, принимаемых лекарственных препаратах на постоянной основе и/или принятых накануне приема, о перенесенных заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях (заполнить анкету о здоровье).

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Соблюдать дату и время явки на прием. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенной явки, оповестить Исполнителя по телефону в регистратуру структурного подразделения, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств в письменной форме.

3.4.3. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. Стоимость затраченных расходных материалов уплачивается Потребителем в бесспорном порядке.

4. Цена и порядок оплаты услуг.

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется Приложением № 1 «Заказ-наряд», рассчитанному в соответствии с действующим на дату составления плана лечения Потребителя Прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласованным Потребителем планом лечения (что подтверждается подписью Потребителя в «Заказ-наряде»).

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала оказания медицинских услуг в размере не менее 30% полной стоимости в качестве предоплаты в кассу ГОАУЗ «МОСП», окончательный расчет за выполненные услуги по ортопедической стоматологии производится в день установки ортопедической конструкции и подписания акта оказанных услуг Потребителем без замечаний.

5. Гарантийные обязательства и ответственность Сторон.

5.1. Гарантийные обязательства предоставляются в соответствии с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ГОАУЗ «МОСП».

5.2. Стороны несут ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения обязательств по настоящему Договору при наличии доказанной вины.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика посещений; отказа от услуг, невыполнение/отказ от рекомендаций, назначенных специалистом Исполнителя.

5.4. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6. Срок действия Договора, порядок изменения и расторжения Договора.

6.1. Договор вступает в силу с даты его заключения и действует до окончания оказания медицинских услуг, согласно плана лечения и определяется последней датой оказания медицинской услуги в Приложении № 1 и подписанием Потребителем акта оказанных услуг без замечаний.

6.2. Любая договоренность между Сторонами оформляется в письменном виде.

6.3. Разногласия и споры рассматриваются в порядке, установленном законодательством.

6.4. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.4.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4.3. в иных случаях, предусмотренных законодательством.

7. Заключительные положения.

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.1.2. В случае, если внесение оплаты по настоящему Договору производится третьей Стороной, именуемой Заказчик, изготавливается третий экземпляр с заполнением реквизитов Заказчика дополнительного в п. 8. При этом Условия раздела 4 и 5 в равной степени распространяются на Заказчика и Потребителя.

8. Реквизиты Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  183038, г. Мурманск, пр. Ленина, д. 78,  тел: (8152) 47-66-11, факс (8152) 45-80-72  ИНН 5190068500 КПП 519001001  ОГРН 1175190001810  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Толмачева Э.М.  М.П. | Потребитель /Заказчик  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Конт. тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Иные сведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 2

к договору от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения Договора мною изучена и по моему запросу до меня в доступной форме доведена следующая информация:

1. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

2. Клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи (размещены на сайте);

3. Информация об Исполнителе, его Учредителе и контролирующих органах (юридические сведения и контакты).

4. Правила предоставления ГОАУЗ «МОСП» платных медицинских услуг (приказ от 01.09.2023 № 245-01);

5 Положение о гарантийных сроках, сроках службы и сроках годности на стоматологические услуги и работы, производимые ГОАУЗ «МОСП»;

6. Действующий Прейскурант цен на платные медицинские услуги с указанием цен в рублях;

7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности, виды медицинской деятельности;

8. Информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг, их профессиональном образовании и квалификации, график работы;

9. Виды платных медицинских услуг, методы и виды медицинского вмешательства, связанные с ними риски;

10. сроки ожидания оказания платных услуг, режим работы учреждения и отделения, в котором оказываются платные услуги;

11. Проект договора на оказание платных услуг в ГОАУЗ «МОСП».

12. перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот

13. Правила поведения пациентов в ГОАУЗ «МОСП»

14. В соответствие со ст. 10 постановления Правительства от 11.05.2023 № 736 медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи);

15. О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания.

16. Уведомляем Потребителя о том, что:

- не соблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГОАУЗ «МОСП», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;

- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Потребителя аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения;

могут снизить качество предоставляемых ГОАУЗ «МОСП» платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

ГОАУЗ «МОСП» уведомляет о том, что Потребитель может воспользоваться мерой социальной поддержки и получить компенсацию затраченных на зубопротезирование средств, в случае получения до заключения настоящего Договора Сертификата в соответствии с постановлением Правительства Мурманской области от 11.08.2023 № 582-ПП «Об утверждении положения о возмещении расходов на изготовление зубных ортопедических конструкций любой сложности отдельным категориям граждан».

17. О том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г

**Приложение № \_\_\_\_**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ГОАУЗ "МОСП"**

**Расчет стоимости оказываемых платных ортопедических услуг**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

|  |
| --- |
| **Ф.И.О. пациента:** |
| **Адрес :** |
| **Тип прайс-листа :** Платный Новый |
| **Врач:** |
| **Техник:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **код услуги** | **Наименование услуги** | **цена** | **количество** | **итого** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Общая стоимость:** |  |

План лечения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Цвет** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **0 –зуб в базисе съемного протеза**  **Л – коронка**  **З – зуб литой**  **Ф – фасетка**  **В – вкладка**  **ОБ – коронка с облицовкой** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **МЗП** | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Согласовано с пациентом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата)

|  |  |
| --- | --- |
| Посещение 1 | Заведующий отделением |
| Посещение 2 |  |
| Посещение 3 |  |
| Посещение 4 | Зубной техник |
| Посещение 5 |  |
| Дата сдачи работ |  |
| Заказ Пациент получил |  |
| Подпись врача |  |

**Приложение № \_\_\_\_**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**АКТ**

**оказанных услуг к договору № от « » 20**

**(расчет стоимости оказываемых платных ортопедических услуг  
№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.)**

Мы, нижеподписавшиеся, от ПОТРЕБИТЕЛЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, от ИСПОЛНИТЕЛЯ главный врач государственного областного автономного учреждения здравоохранения «Мурманская областная стоматологическая поликлиника» Толмачева Эмма Михайловна с другой стороны, составили акт о нижеследующем:

1. Оказание ортопедических у слуг на сумму: руб. (прописью)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код**  **услуги** | **Наименование услуги** | **Цена** | **Количество** | **Итого** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |  |

1. Оказанные услуги соответствуют объему согласованных с ПОТРЕБИТЕЛЕМ медицинских услуг и отвечают требованиям Договора.
2. Услуги выполнены качественно, в полном объеме и в установленные сроки. ПОТРЕБИТЕЛЬ претензий к ИСПОЛНИТЕЛЮ не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ:** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** |