



ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

г. Петрозаводск

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканский стоматологический центр», Лицензия от 02.11.2020г. рег. № Л041-01175-10/00357581*, выдана Министерством здравоохранения Республики Карелия**бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Бекленищева Семена Анатольевича, действующего на основании Приказа МЗ РК от 01.10.2021 года № 70-ию, с одной стороны и (заполнить нужное)

Заказчик _____,
действующий в интересах «**Законный/ного представитель/ля**»/Потребитель/ля» в случае оказания платных медицинских услуг по ортодонтическому лечению несовершеннолетнему – _____,
действующий от имени несовершеннолетнего (ФИО) _____,
именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги по ортодонтическому лечению (далее – Услуги) в объеме, определяемом состоянием здоровья Пациента, медицинскими назначениями и техническими возможностями Исполнителя, а Потребитель обязуется оплатить их согласно действующему Прейскуранту, на условиях, предусмотренных настоящим договором.
- 1.2. Потребителю/Пациенту известен порядок оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ по программе государственных гарантий и он согласен, согласен на оплату услуги за счет его личных средств либо за счет средств его работодателя.
- 1.3. Потребитель/Пациент уведомлен, что несоблюдение режима лечения, указаний (рекомендаций) Исполнителя могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 1.4. Срок оказания Услуг – текущий год. Срок оказания Услуг зависит от комплекса лечения и может быть удлинён в связи с изменением плана лечения. Стороны договорились о том, что если условия исполнения обязательства со стороны Исполнителя не позволяют точно определить срок исполнения обязательства, то оно должно быть исполнено в разумный срок с момента начала оказания услуг. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается Услуга) определяется индивидуально и фиксируется в плане лечения, подписываемом обеими сторонами.

2. Стоимость и порядок расчетов.

- 2.1. Стоимость оказанных Услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом на момент посещения. Прейскурант является общедоступным и размещен для ознакомления в кассе и на сайте Исполнителя: <https://stomatolog-ptz.ru>.
- 2.2. Оплата оказанных Услуг производится Потребителем в кассу и (или) на расчетный счет Исполнителя после каждого посещения врача-ортодонта путем внесения авансовых платежей и (или) окончательного расчета за оказанные медицинские услуги.
- 2.3. Цена настоящего Договора складывается из согласованного Сторонами объема оказанных Услуг и рассчитывается на основании Прейскуранта. Стороны, по согласованию, могут изменять объем медицинских Услуг. При этом объем таких Услуг может быть изменен по медицинским показаниям и (или), когда Потребитель/Пациент сам желает увеличить или уменьшить объем медицинских Услуг.
- 2.4. Стороны договорились о том, что при изменении объема оказанных Услуг соответственно изменяется цена настоящего Договора, при этом Стороны заключают дополнительное соглашение к договору.
- 2.5. Объем и стоимость оказанных Услуг отражаются в Наряде, который предоставляется Потребителю/Пациенту для оплаты в кассу Исполнителя. Исполнитель обязан выдать Потребителю/Пациенту кассовый чек, подтверждающий оплату Услуг вместе с таким Нарядом.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о предоставляемой медицинской услуге, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 3.1.2. получить у Пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 1 к Договору);
- 3.1.3. оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь.
- 3.1.4. предупредить Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить это в медицинской карте Пациента.

3.2. Исполнитель имеет право:

- 3.2.1. по согласованию с Пациентом изменить цену настоящего Договора при изменении объема медицинских услуг, заключив дополнительное соглашение к договору.

3.3. Пациент имеет право:

- 3.3.1. получать бесплатную, полную, достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства;
- 3.3.2. знакомиться с документами, на основании которых Исполнитель осуществляет свою деятельность;
- 3.3.3. на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.
- 3.3.4. по согласованию с Исполнителем изменить цену настоящего Договора при изменении объема медицинских услуг, заключив дополнительное соглашение к договору.

3.4. Пациент обязан:

- 3.4.1. оплатить стоимость оказанных медицинских услуг, согласно действующему Прейскуранту;
- 3.4.2. давать полную и достоверную информацию врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, аллергических реакциях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего соматического и психического здоровья, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии своего здоровья, в процессе получения медицинских услуг.
- 3.4.3. соблюдать режим лечения, выполнять требования и (или) рекомендации медицинского персонала, без которых Исполнитель не может гарантировать оказание качественных медицинских услуг;

3.4.4. являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием.

3.4.5. соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов ГБУЗ «РСЦ», иных локальных актов, изданных Исполнителем для Пациента.

4. Ответственность сторон.

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

4.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя, подтвержденного актами экспертизы, Потребитель вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены за услугу оказанную ненадлежащим образом; возмещения понесенных им расходов, а так же предъявлять иные требования, предусмотренные законодательством.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, либо вследствие нарушения Пациентом своих обязанностей.

4.4. Сроки гарантии распространяются только на изделия. На Ретенционный аппарат гарантийный срок - 3 мес.

5. Форс-мажор

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему договору, если такое неисполнение является следствием обстоятельств непреодолимой силы: пожар, наводнение, массовые беспорядки, действие запретительных или ограничительных актов общего характера государственной власти и др.

6. Рассмотрение споров

6.1. Споры по настоящему Договору рассматриваются путем переговоров Сторон. Перед обращением в судебные органы каждая из Сторон может предусмотреть претензионный порядок урегулирования спора. Претензия в адрес Исполнителя отправляется по месту его расположения на имя руководителя, а в адрес Потребителя - по месту жительства, указанному в настоящем Договоре. Стороны договорились, что срок ответа на претензию составляет 10 (десять) дней с момента ее получения.

7. Прочие условия

7.1. Стороны договорились о том, что персональные данные необходимые для надлежащего исполнения настоящего Договора являются конфиденциальной информацией, подлежащей защите в соответствии с нормативными правовыми актами РФ, иными нормативными актами. Потребитель/Пациент согласен на обработку своих персональных данных.

7.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами действует согласно п. 1.4. Договора. Стороны договорились о том, что подпись Исполнителя воспроизведена с помощью средств копирования (факсимиле).

7.3. Изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.4. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель:

ГБУЗ «Республиканский стоматологический центр»
юр. адрес: 185035, Республика Карелия, г. Петрозаводск,
ул. Гоголя, 10, тел/факс: (88142)762221
фактич. адрес оказания услуг: 185003, ул. Калинина, дом 51-А,
тел./факс (88142)44-50-90 (доб. 1), отделение платных услуг –
(88142)44-50-90 (доб. 2)
ОГРН: 1191001001597, Дата присвоения ОГРН: 30.01.2019,
Инспекцией Федеральной налоговой службы по
г. Петрозаводску
ИНН: 1001339310, КПП: 100101001
ОКТМО 86701000, ОКПО 35814325

Получатель:

Министерство финансов Республики Карелия (ГБУЗ «РСЦ» л/с
200066Б39370)

Банк получателя:

ОТДЕЛЕНИЕ-НБ РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ БАНКА
РОССИИ//УФК по Республике Карелия г. Петрозаводск
БИК 018602104
Расч./счет 03224643860000000600
Корр./счет 40102810945370000073
КБК 00000000000000000130

Исполняющий обязанности

главного врача _____ /С.А. Бекленищев/
М.П.

Заказчик:

(Ф.И.О., адрес, паспортные данные, телефон. Для Юр.лица -
реквизиты)

(подпись) / _____ /
(расшифровка)

Потребитель:

(Ф.И.О., адрес, паспортные данные, телефон)

(подпись) / _____ /
(расшифровка)

*Выполняемые работы и услуги в соответствии с лицензией:

при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии, экспертизе временной нетрудоспособности. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, стоматологии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, экспертизе временной нетрудоспособности. Копия Лицензии находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя: www.stomatolog-ptz.ru.

**Министерство здравоохранения Республики Карелия, находящееся по адресу: г. Петрозаводск, пр. Ленина, д.6, тел. 44-52-20.