

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Дата Договора)

г. Пермь
АО «Стоматологическая поликлиника № 4», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача-стоматолога
(Врач), действующего на основании Доверенности, с одной стороны и гражданин(ка)
(ФИО Пациента), желающий(ая) получить платные услуги (в случае заключения договора в пользу другого
лица, несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица) и действующий(ая) в
интересах _____, именуемого в дальнейшем «Потребитель», с
другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем

1. Сведения о сторонах договора

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: АО «Стоматологическая поликлиника № 4».

1.1.2. Юридический адрес: г. Пермь, ул. Таганрогская д. 7.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: г. Пермь, ул. Таганрогская, д. 7; ул. Генерала Черняховского, д. 78; ул. Маршала Толбухина, 14; ул. Кронштадтская, 23; ул. Ивана Франко, д. 38.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: ОГРН 1025901512504, дата регистрации – 03.12.2002 г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Министерства РФ по налогам и сборам № 9 по Пермской области и Коми-Пермяцкому автономному округу, ИНН 5907017358.

1.1.5. Лицензия № Л041-01167-59/00363110 выдана 13.03.2020г. МЗ Пермского края г. Перми ул. Ленина, д. 51 тел.: +7(342)2177990. Действует бессрочно.

Услуги, предоставляемые в АО «Стоматологическая поликлиника №4», соответствуют лицензии Исполнителя. Ознакомиться с лицензией можно на информационных стендах (стойках) Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: www.sp4perm.ru

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) (Фамилия Пациента) (Имя Пациента) (Отчество Пациента)

(записаны со слов лица, желающего заключить договор)

1.2.2. Почтовый адрес: (Адрес Пациента)

1.2.3. Телефон: (Телефон Пациента). Электронная почта (Email Пациента)

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: (Паспортные Данные Пациента)

1.2.5. Электронная почта, либо мессенджер. Я согласен получать информацию от клиники по указанному каналу.

1.2.6. При отсутствии у Потребителя документа, удостоверяющего личность, данные о Потребителе записываются со слов Потребителя и услуга оказывается анонимно.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Потребителю по его желанию с учетом медицинских показаний и в соответствии с прейскурантом Исполнителя на возмездной основе (платные) услуги по оказанию медицинской помощи (комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию), с использованием медицинских изделий, препаратов разрешенных к применению на территории Российской Федерации в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи, а Потребитель обязуется своевременно оплачивать стоимость оказанных медицинских услуг.

2.2. До заключения настоящего Договора Потребитель (Заказчик) в доступной форме проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Обладая указанной информацией, Потребитель принимает осознанное и добровольное решение заключить с Исполнителем Договор на оказание платных медицинских услуг.

2.3. На момент подписания Договора Потребитель подтверждает, что уведомлен и согласен, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). В этом случае Исполнитель не несет ответственность за негативные последствия, возникшие по вине Потребителя (Заказчика).

2.4. Сроки оказания медицинских услуг согласованы Сторонами Договора по медицинским показаниям, с учетом режима работы Исполнителя, графика работы медицинских работников и рационального использования времени Потребителя.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Своевременно и в полном объеме оказать Потребителю медицинские услуги;

3.1.2. Информировать Потребителя о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.1.3. По письменному запросу Потребителя предоставить необходимую информацию об оказанной медицинской услуге.

3.1.4. Обеспечить Потребителя информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов (по запросу Потребителя).

3.1.5. Обеспечить конфиденциальность предоставленных сведений и неразглашение врачебной тайны.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.2.2. Привлекать для оказания Потребителю (пациенту) медицинских услуг третьих лиц.

3.2.3. В случае возникновения угрозы жизни и здоровью Потребителя, самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

3.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможности обеспечить ее безопасность, в таком случае Потребитель оплачивает стоимость фактически оказанного объема услуги, а также приостанавливать оказание медицинских услуг по настоящему Договору в случае неисполнения Потребителем п. 3.3.3. настоящего Договора.

3.2.5. Требовать от Потребителя (пациента) полной оплаты оказанных услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оформить в установленном порядке добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, подтверждая, что получил все необходимые разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах.

- 3.3.2. Оплатить услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 3.3.3. Предоставить Исполнителю всю имеющуюся медицинскую документацию, а также сообщить всю известную информацию о состоянии своего здоровья.
- 3.3.4. Выполнять все указания медицинского персонала, соблюдать режим лечения, в том числе в период временной нетрудоспособности, являться на лечение и профилактические приемы в установленное время, соблюдать гигиену полости рта для достижения и сохранения результатов лечения.
- 3.3.5. Незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 3.4. Потребитель имеет право:**
- 3.4.1. Получать от Исполнителя полную информацию об объеме, стоимости и результатах получаемой медицинской услуги.
- 3.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе полностью или частично. В этом случае Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.
- 3.4.3. Отказаться от передачи данных об оказанных медицинских услугах в ЕГИСЗ.
- 4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок оплаты**
- 4.1. Стоимость услуг определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.
- 4.2. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания Договора.
- 4.3. Приблизительная Смета на оказание платных медицинских услуг составляется по требованию Потребителя (Заказчика) или по инициативе исполнителя. В случае превышения приблизительной Сметы Исполнитель обязан немедленно уведомить Потребителя (Заказчика).
- 4.4. Потребитель в праве потребовать составления твердой сметы, которая не подлежит изменению.
- 4.5. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, содержатся в Акте выполненных работ, который является Приложением к настоящему Договору.
- 4.6. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя сразу после получения услуг.
- 4.7. Обязательства Потребителя по оплате считаются исполненными на дату поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.
- 5. Условия предоставления платных медицинских услуг**
- 5.1. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 5.2. Платные медицинские услуги оказываются по желанию на основе добровольного волеизъявления и согласия Потребителя (законного представителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя (Заказчика), что не нарушает права Потребителя на бесплатную медицинскую помощь в рамках «Программы государственных гарантий».
- 5.3. Обязательным предварительным условием оказания Потребителю медицинской услуги является получение от Потребителя (законного представителя) информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Исполнитель вправе не приступать к оказанию медицинской услуги, в случае если Потребитель (законный представитель) отказался подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- 5.4. Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена в доступной для него форме информация о перечне платных медицинских услуг, сроках ожидания оказания платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 5.5. Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена возможность ознакомиться с клиническими рекомендациями и со стандартами оказания медицинской помощи; со сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; с графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, с информацией о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).
- 5.6. Исполнитель не гарантирует только положительный результат Потребителю от проведенного лечения, а также отсутствие возможности наступления рецидива заболевания, т.к. действие биологических законов и процессов, протекающих в человеческом организме и затрагиваемых при медицинском вмешательстве не подвластно абсолютному контролю со стороны медицины и лечащего врача.
- 6. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**
- 6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
- 6.2. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора.
- 7. Порядок изменения и расторжения договора**
- 7.1. Настоящий Договор может быть расторгнут, изменен и дополнен по соглашению Сторон в письменной форме.
- 7.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств.
- 8. Порядок разрешения споров**
- 8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.
- 8.2. Стороны устанавливают обязательный досудебный претензионный порядок урегулирования споров. Претензия должна быть направлена в письменном виде по адресу, указанному в настоящем Договоре.
- 8.3. Срок рассмотрения претензии – 30 календарных дней с момента ее получения адресатом.
- 8.4. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке исходя из норм о подсудности, предусмотренных действующим законодательством.
- 8.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.
- 9. Срок действия договора и иные условия**
- 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств.
- 9.2. Договор составлен в 2 (3) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
- 10. Реквизиты и подписи сторон**

Исполнитель:
АО «Стоматологическая поликлиника №4»
614026, г. Пермь, ул. Таганрогская, 7.

Потребитель (Заказчик):
Ф.И.О. {ФИО Пациента}

ИНН 5907017358 /КПП 590701001

ОГРН 1025901512504

от 03.12.2002 г. Межрайонная инспекция Министерства
Российской Федерации по налогам и сборам №9 по Пермской области
и Коми-Пермяцкому автономному округу

Врач-стоматолог {Врач}

{АдресПациента}

{ПаспортныеДанныеПациента}

{ТелефонПациента}

адрес, паспортные данные, телефон

подпись