**Заказчик (пациент) уведомлен, что несоблюдение указаний врача, предоставляющего платную услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись заказчика, пациента)**

**ДОГОВОР  
оказания стоматологических платных услуг**

*г.Нижний Тагил "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.*

ГАУЗ СО « СП г. Нижний Тагил» действующей на основании, лицензии № ЛО-66-01-004455 от 27.12.2016г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области (620014 г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34Б,; Свидетельства о государственной регистрации Ю.Л. серия 66 № 007768756 выдано МИФНС № 16 по Свердловской области от 01.10.2015г.; ОКВЭД 85:13 в лице главного врача Ионга Елены Викторовны , действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Название, номер, серия документа, дата выдачи, кем и когда

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:*  Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина –(полностью), год рождения |

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» (пациент), с другой стороны, вместе именуемые "Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.Исполнитель обязуется поручить врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ оказать Заказчику (пациенту) медицинские услуги доврачебной медицинской помощи: по сестринскому делу, рентгенологии; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: по стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии детской, стоматологии хирургической, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю, а Заказчик (пациент) их оплатить.

1.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения.

1.3.Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья пациента в момент оказания услуги.

1.4. Исполнитель оказывает услуги Заказчику (пациенту) в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Пациента на момент заключения данного договора.

1.5. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить пациента в иную специализированную медицинскую организацию. При этом все расходы по медицинским услугам осуществляет Заказчик (пациент) по расценкам специализированной медицинской организации.

**2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

2.1. Назначить врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Заказчика (пациента), назначить другого врача для проведения лечения.

2.2. С письменного согласия Заказчика (пациента) провести клиническое обследование и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

2.3. Предоставить Пациенту информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а так же используемых медицинских препаратах и изделиях.

2.4. Оказать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения согласованным Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами.

**3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик (пациент) ознакомлен до подписания настоящего Договора.

3.2. Исполнитель оставляет за собой право обратиться в полицию, если пациент пришел на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и нарушает общественный порядок в Поликлинике.

3.3. При несоблюдении порядка расчетов за предоставленные медицинские услуги Исполнитель вправе расторгнуть данный Договор в одностороннем порядке, при условии надлежащего выполнения своих обязательств.

**4. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА):**

4.1.До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

4.2.Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки, выполнять предписания и рекомендации лечащего врача.

4.3.Уважительно относится к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

4.4.Оплачивать стоимость оказанных ему медицинских услуг в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора и Актами выполненных работ.

4.5.Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с уведомлением о последствиях лечения и рекомендациях.

**5. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА):**

5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

5.3. В любое время отказаться от лечения, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

5.4. Заказчик (пациент) имеет право на выбор лечащего врача при условии согласия врача.

5.5. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

7.2.Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств Заказчика (пациента) в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет исполнителя, при помощи эквайринговой операции (посредством платежной карты), в день оказания медицинских услуг и по безналичному расчету (по ДМС и материнскому капиталу).

7.3. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик (пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

7.4. Заказчик (пациент) обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика (пациент).

7.5. С согласия Заказчика (Пациента) стоимость терапевтических, ортопедических конструкций и иных дорогостоящих материалов, изделий и услуг оплачивается частями. Размер первоначального взноса (аванса) от 30-70% от стоимости работ. Оставшуюся денежную сумму Заказчик (пациент) вносит в кассу Учреждения не позднее последнего дня оказания услуг.

7.6. Оплата в лечебных отделениях терапевтическом, хирургическом производится Заказчиком (пациентом) в два этапа. До медицинской процедуры Заказчик вносит в кассу Исполнителя аванс в размере, установленном Исполнителем (но не менее 50% стоимости медицинской услуги предусмотренную Прейскурантом). Оставшуюся сумму Заказчик ( Пациент) обязан внести не позднее дня окончания лечения.

7.7. При поломке или утрате ортопедической конструкции (и других стоматологических аппаратов) по вине Пациента, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика (пациента) в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

7.8. В случае внесения 100% предоплаты, и одностороннего отказа Заказчика (пациента) от продолжения лечения, Исполнитель вправе возвратить часть денежных средств за не оказанные услуги, пересчитав внесенную предоплату.

7.9. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

**8.ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

8.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом условий настоящего Договора.

8.2. Пациент обязуется в случае возникновения в течении срока службы любых дефектов пломб, коронок и протезов, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

8.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, не являются недостатками качества оказанных услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех требований предусмотренных стандартами оказания стоматологической помощи.

8.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки оказанных медицинских услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах и только при наличии своей вины.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 14 рабочих дней с момента ее получения.

9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком (пациентом) по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

9.4.Заказчик (пациент) разрешает разгласить сведения, составляющие врачебную тайну, и факт обращения за медицинской помощью в целях «соблюдения условий данного договор при обращении в суд».

**10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует в течение календарного года.

10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 15 календарных дней до даты расторжения.

**11.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

11.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

11.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом.

11.4. Пациенту, имеющему право на медицинскую стоматологическую помощь в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), право на льготное зубопротезирование или иные льготы, предусмотренные действующим законодательством РФ, и добровольно изъявившему желание получить услугу на платной основе по настоящему договору (в т.ч. анонимно) уплаченные денежные суммы за услуги по настоящему договору возврату не подлежат.

11.5. В соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ Стороны пришли к соглашению об использовании «Исполнителем» в лице главного врача ГАУЗ СО «СП г. Нижний Тагил» факсимильного воспроизведения подписи. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для исполнения, заключения или прекращения договора.

**12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ГАУЗ СО «СП г. Нижний Тагил»** |
| ОГРН и кем выдан | 1156623005230 |
| ИНН/КПП | 6623112539 / 662301001 |
| Фактический адрес:  Юридический адрес: | 622051, Свердловская область, город Нижний Тагил, улица Правды д.7 |
| р/с | 4060181016577300 0001 Уральское Г У Банка России, г. Екатеринбург |
| к/с |  |
| БИК | 046577001 |
| Главный врач  Ионга Елена Викторовна |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК (пациент): ФИО** |  |
| Контактный тел.: |  |
| Адрес проживания, регистрация |  |
| Подпись Заказчика (пациента): |  |
| Законный представитель: ФИО |  |
| Подпись законного представителя: |  |

|  |
| --- |
| **Обращаем Ваше внимание!**  В соответствии с частью 2 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Вы имеете право на получение налогового вычета из НДФЛ. Справку для получения налоговой компенсации Вы можете оформить в администрации ГАУЗ СО «СП г. Нижний Тагил» кабинет 26 по адресу: г. Нижний Тагил, ул. Правды д. 7, телефон (3435) 33-67-63  При себе иметь паспорт, квитанцию об оплате оказанных услуг, договор, ИНН |