

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг

г.Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы», адрес 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д.4,к.1, ИНН 7734252928, Лицензия № Л041-00110-77/00589565 от 21.02.2012г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Павловой Екатерины Владимировны**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____ г.р. _____, документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрирован по адресу _____ тел. _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые как «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги согласно Перечню платных медицинских услуг Потребителю, а Потребитель обязуется оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке, установленном настоящим Договором.
- 1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736; Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ» и прейскурантом цен на платные медицинские услуги, с которым Потребитель ознакомлен.
- 1.3. Назначение медицинской услуги осуществляется медицинским работником Исполнителя.
- 1.4. Исполнитель оформляет на Потребителя медицинские документы.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель обязуется:
 - 2.1.1. Оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными для оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации.
 - 2.1.2. При оказании медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм.
- 2.2. Потребитель обязуется:
 - 2.2.1. Своевременно принять оказанные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и оплачивать их в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
 - 2.2.2. Соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.
 - 2.2.3. Соблюдать обязанности, установленные действующим законодательством, а также определенные в Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, размещенных на сайте Исполнителя в сети Интернет <http://mosgorzdrav.ru/dsp26>.
- 2.3. Исполнитель имеет право:
 - 2.3.1. Получать от Потребителя необходимую для выполнения своих обязанностей по настоящему Договору информацию. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
 - 2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения установленных правил предоставления платных медицинских услуг.
- 2.4. Потребитель имеет право требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия, данного в порядке, установленном законодательством об охране здоровья граждан.
- 3.2. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3.3. Сроки оказания медицинских услуг определяются медицинским работником, оказывающим такие услуги, и вносятся в медицинскую карту Потребителя.
- 3.4. Если в процессе лечения возникает необходимость проведения дополнительных методов обследования или изменения плана лечения, то данные изменения к Договору оформляются дополнительным соглашением с определением дополнительной оплаты, либо посредством заключения отдельного Договора. Если увеличение стоимости услуг произошло по вине Исполнителя, то дополнительная оплата не производится.
- 3.5. Гарантийный срок на оказанные Исполнителем медицинские услуги составляет 1 год с момента оказания услуги.

4.ПРИЕМКА УСЛУГ

4.1. Факт оказания Исполнителем и приемки Потребителем платных медицинских услуг подтверждается внесением сведений об оказанных услугах в медицинскую документацию, оформленную на Потребителя. Медицинские документы выдаются на руки Потребителю.

5.СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

5.1. Потребитель производит 100% оплату за предоставление медицинских услуг до начала оказания услуг. Заказчику в соответствии с законодательством выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, для каждой из сторон; может быть изменен и расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

6.2. Настоящий договор может быть также расторгнут в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг (в этом случае Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, а Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору).

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу со дня его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору в полном объеме.

7.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.3. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПОТРЕБИТЕЛЯ) МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (КОПИИ, ВЫПИСКИ)

8.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Потребитель представляет запрос на имя главного врача ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ» о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе, который содержит: фамилию, имя, отчество Потребителя; реквизиты документа, удостоверяющего личность Потребителя; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений; номер контактного телефона; адрес электронной почты (при наличии); наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья Потребителя, которые Потребитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить; дату подачи запроса и подпись Потребителя для письменного запроса.

8.2. Срок предоставления Потребителю медицинских документов (их копий) или выписок не превышает четырнадцать календарных дней.

8.3. Запись медицинских документов (их копий) или выписок на бумажном носителе предоставляется в одном экземпляре.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы». Место нахождения: 123098, г. Москва, Маршала Новикова, д.4 корп.1. ИНН 7734252928

Документ, подтверждающий внесение сведений в ЕГРЮЛ: Свидетельство о государственной регистрации от 28.04.2003 г. серия 77 № 001264630. Инспекция МНС № 34 по СЗАО.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-77/00589565 от 21.02.2012 г., предоставлена Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (г. Москва, Славянская пл., д.4, стр.1. Тел. 495-698-45-38) бессрочно.

10. ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик:

_____ / _____ /

Представитель исполнителя

Главный врач (Приказ ДЗМ № 279-к от 28.02.2023г.)

_____ / Е.В. Павлова /

УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний медицинского работника
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения
города Москвы»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 26 Департамента здравоохранения города Москвы» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного плана и режима лечения, рекомендаций могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Вы уведомляетесь о необходимости предоставить медицинскому работнику достоверную информацию, необходимую для оказания медицинской помощи.

Главный врач

Е.В. Павлова

Уведомление на руки получил

Заказчик _____ / _____
(Ф.И.О.) (подпись)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

г. Москва

Я, гражданин _____ в рамках

договора об оказании платных услуг изъявляю желание добровольно и без принуждения получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ», при этом мне разъяснено в доступной для моего понимания форме и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат, и что при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной услуги в ГБУЗ «ДСП № 26 ДЗМ».

9. Настоящее согласие мною прочитано вслух, я полностью понимаю смысл и назначение предложенных мне видов услуг и даю согласие на их применение.

10. Я уведомлен(на), что обязан(а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности и правила поведения пациента в медицинской организации.

Потребитель: _____ / _____ /

Представитель Исполнителя: _____

Медсестра _____

Техник _____

Регистратор _____