Договор №\_\_\_

на предоставление платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 17», в дальнейшем именуемое **«Исполнитель»**, в лице главного врача Ерохиной Надежды Ивановны, действующей на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем

(фамилия, имя, отчество полностью)

**«Пациент»,** в случае непосредственного получения медицинских услуг или **«Заказчик»**, в случае заключения договора в интересах третьего лица (**Пациента**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили

(фамилия, имя, отчество полностью)

настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

* 1. **Исполнитель** принимает на себя обязательства оказать **Пациенту** по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги по Прейскуранту | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуги, рублей | Кол-во | Общая стоимость |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого | | | |  |

* 1. **Пациент** обязуется выплатить **Исполнителю** вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором
  2. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья **Пациента** ради устранения или приостановления имеющегося заболевания, а также включают вероятность возникновения сопутствующих побочных свойств медицинского воздействия (осложнений), связанных с индивидуальными особенностями организма, которые нельзя было предвидеть до осуществления медицинских манипуляций, оговоренных в информированном согласии на медицинское вмешательство. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, являются качественными при соизмеримости предпринятых в условиях обоснованного риска усилий с учетом тяжести патологического процесса (заболевания) и отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
  3. Медицинские услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
  4. **Исполнитель** устанавливает гарантийные сроки на все виды медицинских услуг согласно Положению о гарантийных сроках и сроках службы при оказании стоматологической помощи в СПБ ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 17» (далее – Положение о гарантийных сроках) при условии выполнения **Пациентом** рекомендаций врача в полном объеме. При выполнении хирургических операций гарантия не предоставляется.

1. **Сведения об исполнителе**
   1. **Исполнитель** оказывает платные медицинские услуги по перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя (далее - медицинские услуги) в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности: № ЛО-78-01-008780 от 24.04.2018 г, выданной **Исполнителю** Комитетом по здравоохранению (адрес: 191011, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. 8(812) 595-89-79.

Виды услуг (работ) выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности:

- 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: медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической.

- При оказании врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; 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 проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым).

* 1. **Исполнитель** оказывает Медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: 197101, г. Санкт-Петербург, ул. Рентгена, д. 9, лит. «А» в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №17» (далее – Правила предоставления платных медицинских услуг).
  2. Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 06 декабря 2002 года за основным государственным регистрационным номером 1027806885105, выданное инспекцией Министерства РФ по налога и сборам по Петроградскому району Санкт-Петербурга.

1. **Права и обязанности Сторон**
   1. **Пациент имеет право:**
      1. Получать от **Исполнителя** услуги, указанные в [п. 1.1](consultantplus://offline/ref=1DBC09ABA808D10C7B379E2CEFE8D763CCDCAB021C0D81BCA02C1C1F7362C21DDAEB17E52D44B4O433N) настоящего Договора.
      2. Выбрать конкретного медицинского работника **Исполнителя** для оказания медицинской услуги. Время и дата визита к медицинскому работнику **Исполнителя**, согласовывается обеими сторонами.
      3. Получать информацию об объеме и качестве оказанной медицинской услуги.
      4. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   2. **Пациент обязан:**
      1. Являться на прием в назначенное время или предупреждать **Исполнителя** по телефону или лично о невозможности явиться на прием в установленное время не позднее, чем за 1 (один) рабочий день.
      2. Ознакомиться с планом лечения и информацией, полученной от лечащего врача по каждому виду планируемого вмешательства.
      3. Дать информированное добровольное согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации 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. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту (Заказчику) в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.

Информированное добровольное согласия на медицинское вмешательство или об отказе от медицинского вмешательства после подписания храниться в медицинских документах **Пациента**.

В случае отказа **Пациента** от медицинского вмешательства **Исполнитель** вправе отказать ему в оказании медицинских услуг в рамках настоящего Договора.

* + 1. Дать информационное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.
    2. Ознакомиться с Положением о гарантийных сроках.
    3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала **Исполнителя**, оказывающему ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания услуг.
    4. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги (далее Прейскурант) и объемом, выполненных услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.
    5. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.
  1. **Исполнитель обязан:**
     1. Оказывать **Пациенту** медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором**,** в сроки, согласованные с **Пациентом** (при условии соблюдения **Пациентом** сроков явки на приемы).
     2. Обеспечить **Пациента** бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) о медицинских работниках, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги; данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) о сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, об альтернативных методах лечения;

г) о гарантийных сроках;

д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

* + 1. Информировать **Пациента** о стоимости услуг до их оказания:

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;

- назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

* + 1. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
    2. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у **Исполнителя** документацию о **Пациенте**, за исключением случаев, предусмотренных Российским законодательством.
    3. Давать при необходимости по просьбе **Пациента** разъяснения о ходе оказания медицинских услуг.
    4. Представлять для ознакомления по требованию **Пациента**:

а) копию учредительного документа **Исполнителя**;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность **Исполнителя** в соответствии с данной лицензией.

* + 1. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
  1. **Исполнитель имеет право:**
     1. Отказать в оказании медицинских услуг в случаях:

- состояния алкогольного или наркотического опьянения **Пациента**;

- при нарушении **Пациентом** правил приема пациентов в медицинском учреждении;

- когда требуемые **Пациентом** услуги не входят в план лечения и не предусмотрены Лицензией **Исполнителя**;

- в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором.

* + 1. Перенести прием опоздавшего **Пациента** на другой день или другое время.
    2. Получать от **Пациента** сведения о предыдущем лечении в других медицинских стоматологических учреждениях.
    3. Заменить лечащего врача в случае его болезни, отпуска или психологической несовместимости с **Пациентом**.
  1. Стороны обязуются хранить в тайне врачебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

1. **Порядок исполнения Договора**
   1. Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** в амбулаторно-поликлинических условиях.
   2. Медицинские услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения, как перечня определенных диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с планом лечения. Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяется врачом по медицинским показаниям и на основании волеизъявления **Пациента** и отражается в медицинской карте **Пациента** и настоящем договоре.
   3. В случае если в ходе оказания медицинских услуг выясниться (по медицинским показаниям) необходимость в дополнительных стоматологических услугах, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Пациента**. Дополнительные возмездные медицинские услуги отражаются в дополнительном соглашении. Оплата дополнительных медицинские услуг производится в порядке, предусмотренном разделом 4 настоящего Договора. Без [согласия](consultantplus://offline/ref=210B8B0E1A5C7C33971B363E1AD5682B5A77EFF8F7D4E8812728E58ANFY1M) **Пациента Исполнитель** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
   4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **Пациента** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=210B8B0E1A5C7C33971B2A3E1DD5682B5B76E9F5F0DAB58B2F71E988F6N6YAM) от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
   5. В случае отказа **Пациента** от получения медицинских услуг **Пациент** оплачивает **Исполнителю** фактически понесенные **Исполнителем** расходы, связанные с исполнением своих обязательств по Договору.
2. **Стоимость платных медицинских услуг и порядок их оплаты**
   1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг и действующего на момент обращения **Пациента** (**Заказчика)** у **Исполнителя** Прейскуранта, и указывается в смете, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.
   2. **Пациент** оплачивает стоимость указанных в смете медицинских услуг после их фактического оказания путем внесения в кассу **Исполнителя** в течение дня их оказания.

Оплата ортопедических работ может производиться либо единовременно (в полном размере) до начала выполнения работ, либо поэтапно:

- 50% стоимости вносится в виде аванса в день оформления сметы;

- 50% стоимости вносится перед сдачей протеза.

* 1. **Пациенту** выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).
  2. Датой оплаты оказанных услуг считается день внесения денежных средств в кассу **Исполнителя**.

1. **Сроки по Договору**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторон и действует \_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   2. Срок начала оказания услуг - "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
   3. Срок окончания оказания услуг - "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
   4. В случае прекращения действия настоящего Договора по любым основаниям, все отношения, связанные с услугами, оказание которых было начато Исполнителем в интересах Заказчика в течение срока действия настоящего Договора, продолжают регулироваться условиями настоящего Договора до их прекращения в соответствии с положениями настоящего Договора.
2. **Ответственность сторон**
   1. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения [Закона](consultantplus://offline/ref=210B8B0E1A5C7C33971B2A3E1DD5682B5A7FEDFDF4D6B58B2F71E988F6N6YAM) Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
   2. **Исполнитель** несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
   3. **Исполнитель** обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами в течение гарантийного срока.
   4. Исполнитель не несет ответственности перед **Пациентом** в случаях:
      1. Непредставления **Пациентом** информации, указанной в п.п. 2.2.2., 2.2.3., 2.2.4. настоящего Договора.
      2. Возникновения осложнений по вине пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших побочных реакциях, в результате травмы.
      3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.
      4. Повреждения **Пациентом** ортопедических конструкций в результате неаккуратного обращения с ними, либо их утраты.
   5. **Исполнитель** снимает с себя гарантийные обязательства в случаях, связанных с переделкой или исправлением результатов работ в другом учреждении или самим пациентом.
   6. **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением **Исполнителем** методов диагностики, профилактики и лечения (в случаях рецидива хронических стоматологических заболеваний).
   7. За нарушение сроков оплаты по Договору **Пациент (Заказчик)** выплачивает **Исполнителю** неустойку (пени) за несвоевременные или неполные платежи по Договору в размере 0,1 % от неуплаченной суммы за каждый день просрочки.
   8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон (включая несогласованное отключение электроснабжения, водоснабжения), препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
3. **Порядок разрешения споров**
   1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
   2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.
4. **Заключительные положения**
   1. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
   2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами сторон.
   3. Ни одна из сторон не имеет права передавать свои права и обязанности по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия на то другой Стороны.
   4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
   5. До заключения договора **Исполнитель** уведомил **Пациента** (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **Пациента**.
   6. Подписанием настоящего Договора **Пациент** (**Заказчик**) подтверждает предоставление ему **Исполнителем** полной информации о платных медицинских услугах, оказываемых в рамках настоящего договора, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [Программы](consultantplus://offline/ref=A1145A9BFE9FCE40C328531AD8BF39F86B50E808D88322C0E6E910FDC4DAE037D4326F70D335ABA0jFjDO) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге.
   7. Настоящий договор подписан в двух экземплярах (по одному экземпляру для каждой Стороны), имеющих одинаковую юридическую силу.
5. **Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент (Заказчик):** |
| СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 17»  Адрес:197101, г. Санкт-Петербург,  ул. Рентгена, д. 9, лит. А  тел/факс 346-42-03  ИНН 7813045836  КПП 781301001  ОГРН 1027806885105  Дата присвоения ОГРН 06.12.2002  л/с 0621024  р/с 40601810200003000000  ГРКЦ ГУ Банка России по Санкт-Петербургу  БИК 044030001  тел. 8 (812) 241-22-13  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.И. Ерохина | Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серии \_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  С Правилами предоставления платных медицинских услуг в СПБ ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №17» и Прейскурантом ознакомлен(а).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (ФИО) |