



ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИЮ

г. Петрозаводск

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Карелия «Республиканский стоматологический центр» (ГБУЗ «РСЦ»), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 02.11.2020г. рег. № Л041-01175-10/00357581*, выданную 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-но, с одной стороны и «Заказчик» / «Потребитель» _____,

Адрес проживания/ местонахождения: _____

действующий в интересах «Потребителя» _____,

проживающего по адресу: _____,

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является платное оказание Исполнителем медицинских услуг по зубопротезированию, определенных перечнем и ценой, содержащихся в Прейскуранте. Объем, цену договора, порядок расчета оказанных услуг содержит Приложение № 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора (наряд № _____). Стороны договорились о том, что при изменении объема оказанных услуг соответственно изменяется цена договора.

1.2. Пациент оплачивает оказанные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.3. Пациенту известно право на льготное зубопротезирование в порядке, установленном законодательством РФ, и он согласен на оплату услуги из личных средств либо за счет средств своего работодателя.

1.4. Пациент ознакомлен с Правилами оказания платных медицинских услуг, гарантийными сроками, Правилами внутреннего распорядка для пациентов ГБУЗ «РСЦ», с Положением о работе с персональными данными пациентов в ГБУЗ «РСЦ».

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость медицинской услуги определяется в соответствии с действующим Прейскурантом. Прейскурант является общедоступным и размещен для ознакомления в кассе и на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: <https://stomatolog-ptz.ru>.

2.2. Оплата медицинской услуги производится Пациентом и (или) Заказчиком в кассу и (или) на расчетный счет Исполнителя путем внесения авансовых платежей и (или) окончательного расчета за оказанные медицинские услуги.

2.3. Расчет за оказанные медицинские услуги производится по окончательной цене, указанной в Приложении № 1.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о предоставляемой услуге и получить информированное добровольное согласие на ее выполнение;

3.1.2. оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в срок _____;

3.1.3. выдать Пациенту Наряд и кассовый чек, подтверждающие оплату за предоставленные медицинские услуги;

3.1.4. вести медицинскую документацию, с указанием в ней всей информации в соответствии с планом протезирования, указанным в Приложении № 1.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. по согласованию с Пациентом, изменять объем медицинских услуг и соответственно цену договора, заключив дополнительное соглашение к договору. При этом объем таких услуг может быть изменен по медицинским показаниям и (или), когда Пациент сам желает увеличить или уменьшить объем медицинских услуг, в соответствии с пп. 3.3.4. настоящего Договора

3.3. Пациент имеет право:

3.3.1. получать бесплатную, полную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

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. изменять, по согласованию с Исполнителем, объем медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, заключив дополнительное соглашение к договору. При этом уменьшение или увеличение такого объема может быть произведено только на этапе, когда возможно внести изменения, не влияющие конструктивно на уже частично или полностью исполненную услугу.

3.4. Пациент обязан:

3.4.1. оплатить стоимость оказанных медицинских услуг, согласно действующему Прейскуранту цен на медицинские услуги;

3.4.2. давать полную, достоверную и правдивую информацию врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, аллергических реакциях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего соматического и психического здоровья;

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

3.4.5. сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии своего здоровья, в процессе получения медицинских услуг.

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, Пациент вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги; соответствующего уменьшения цены за ненадлежаще оказанную услугу; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях, 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. В случае отказа пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

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. Стороны вправе рассматривать споры по настоящему Договору путем переговоров. 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 Пациента - 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. Пациент согласен на обработку своих персональных данных.
- 7.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами. Стороны договорились о том, что подпись Исполнителя воспроизведена с помощью средств средств копирования (факсимиле).
- 7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 7.4. Договор составлен в экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Исполнитель:

ГБУЗ «Республиканский стоматологический центр»
Адрес местонахождения и фактического оказания услуг:
185035, г. Петрозаводск, ул. Гоголя, 10, тел/факс 762221
(Лист записи ЕГРЮЛ ГБУЗ «РСЦ», зарегистрированного
Инспекцией Федеральной налоговой службы по
г. Петрозаводску 30.01.2019г. за основным государственным
регистрационным номером 1191001001597)
ИНН 1001339310
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

Заказчик:

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

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Потребитель:

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

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка)

И.о. главного врача _____ Бекленищев С.А.
(подпись)

*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.