Договор
оказания платных стоматологических услуг

г. Горно-Алтайск "___"_____ ____ г.

_____ (*Ф.И.О.)*, именуем__ в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с одной стороны и Автономное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника» (АУЗ РА «РСП»), адрес места нахождения: 649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Социалистическая, д.19, ОГРН 1020400752635, лист записи ЕГРЮЛ №2210400058174, выдан УФНС по РА 12.11.2021 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от "25" апреля 2017 г. № Л041-01169-04/00574366, предоставлена Министерством здравоохранения Республики Алтай, именуем__ в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____

_____, действующего на основании Приказа №___ от _____, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические услуги, перечень которых определяется в соответствии с Планом лечения - наряд (Приложение №1), который является неотъемлемой частью настоящего Договора с момента согласования Заказчиком, а Заказчик обязуется принять указанные услуги и оплатить их стоимость.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плане лечения (Приложение №1).

2. Порядок оказания услуг

2.1. В оговоренное с Потребителем время Исполнитель организует осуществление осмотра Потребителя квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя. По результатам осмотра врач составляет План лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в медицинской карте Потребителя.

2.2. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Потребителя с предложенным Планом лечения, оформленное подписью Потребителя в медицинской карте. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.3. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным Планом лечения и в порядке, утвержденном в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить План лечения с

оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика (Потребителя). Отказ Заказчика (Потребителя) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, Стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.5. Исполнитель не оказывает услуги, если у Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Потребитель) находится в состоянии опьянения.

2.6. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки Потребителя на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

2.7. До подписания настоящего Договора Заказчик (Потребитель) ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Заказчик (Потребитель) имеет право:

3.1.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

3.1.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

3.1.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.1.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3.1.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

3.1.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

3.1.7. Получать сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.2. Заказчик (Потребитель) обязан:

3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.

3.2.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.

3.2.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении.

3.2.4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

3.2.5. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

3.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг.

3.2.7. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Требовать от Заказчика (Потребителя) представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

3.3.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разд. 4 настоящего Договора.

3.4. Исполнитель обязан:

3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

3.4.2. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение 30 календарных дней с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

3.4.3. По требованию Заказчика (Потребителя) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1.1 настоящего Договора.

3.4.4. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Заказчика (Потребителя) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3.6. По окончании каждого приёма Исполнитель составляет и представляет Заказчику (Потребителю) Акт об оказании услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору).

Заказчик (Потребитель) обязан подписать Акт об оказании услуг либо представить мотивированный отказ от его подписания в течение суток с даты его получения от Исполнителя. В случае если в указанный срок Заказчик не подпишет Акт об оказании услуг и не представит мотивированный отказ от его подписания, услуги считаются принятыми на следующий день после истечения срока, установленного настоящим пунктом.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость услуг определяется на основании Плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя, который является приложением к настоящему Договору.

4.2. Оказанные в соответствии с п. 2.4 настоящего Договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Заказчик обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего Договора прейскуранта. Оплата производится путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.5. Датой оплаты считается дата зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо дата внесения денежных средств в кассу исполнителя.

5. Ответственность Сторон. Разрешение споров

5.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае некачественного оказания Исполнителем услуг Заказчик (Потребитель) вправе потребовать с Исполнителя устранение недостатков, или возмещения понесенных расходов, в порядке статьи 29 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей».

5.3. В случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг, согласованных Сторонами в Плане лечения (Приложение № 1 к настоящему Договору), Заказчик вправе потребовать от Исполнителя один из вариантов, указанных в статье 28 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей».

5.4. За нарушение сроков оплаты стоимости услуг, установленных п. 4.3 настоящего Договора, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 0,1% от не уплаченной в срок суммы за каждый день просрочки.

5.5. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, а в случае не достижения Сторонами согласия в 30-дневный срок с момента получения письменной претензии Стороны, спор разрешается в судебном порядке.

6. Заключительные положения

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до "__"_____ ____ г.

6.2. Заказчик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.

6.3. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут на основании письменного соглашения Сторон, а также по иным основаниям, установленным действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.6. Приложение:

6.6.1. План лечения (Приложение №1).

6.6.2. Акт об оказании услуг (Приложение №2).

6.6.3. Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (Приложение №3).

7. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: АУЗ РА «РСП»
Адрес: 649000, Респ. Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Социалистическая, д. 19
ОГРН 1020400752635
ИНН 0411008292
КПП 041101001
Р/с 03224643840000007700
в Отделение-НБ Республика Алтай Банка России //УФК по Республике Алтай г. Горно-Алтайск
л/с 30776У87590 в МФ РА
К/с 40102810045370000071
БИК 018405033

_____ *(Ф.И.О.)*

Адрес: _____

_____

Паспортные данные: _____

_____

Телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

Счет _____

Исполнитель:

_____/_____*(подпись/Ф.И.О.)*

Заказчик/Потребитель:

_____/_____ *(подпись/Ф.И.О.)*

Приложение №1
к договору оказания платных
стоматологических услуг
№_____от _____

Комплексный план лечения

№	Мед. услуга	Зуб	Срок оказания	Согласен или не согласен	Примерная стоимость услуги
1	Снятие зубных отложений с				
2	Проведение профессиональной гигиены				
3	Обучение чистки зубов и подбор средств				
4	Нанесение кальций и фторосодержащих препаратов				
5	Герметизация фиссур				
6	Лечение кариеса				
7	Энодонтическое лечение				
8	Лечение гингвита, пародонтита, парадонтоза				
9	Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта				

Врач _____подпись_____

Потребитель _____подпись_____

Приложение №1
к договору оказания платных
стоматологических услуг
№_____от _____

Комплексный план лечения

№	Мед. услуга	Зуб	Срок оказания	Согласен или не согласен	Примерная стоимость услуги
1	Изготовление одиночных коронок на Материал				
2	Изготовление мостовидных протезов с опорой на Материал				
3	Изготовление частичного съемного протеза (челюсть)				
4	Изготовление полного съемного протеза (челюсть)				
5	Изготовление протезов с опорой на импланты				
6	Изготовление бюгельного протеза с системой фиксации				
7	Снятие коронок с				
8					
9					

Врач _____подпись_____

Потребитель _____подпись_____

Приложение №2
к договору оказания платных
стоматологических услуг
№_____от _____

Акт приёмки оказанных услуг

_____ (*Ф.И.О.)*, именуем__ в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)», с одной стороны и Автономное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника» (АУЗ РА «РСП»), адрес места нахождения: 649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, ул. Социалистическая, д.19, ОГРН 1020400752635, лист записи ЕГРЮЛ №2210400058174, выдан УФНС по РА 12.11.2021 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от "25" апреля 2017 г. № Л041-01169-04/00574366, предоставлена Министерством здравоохранения Республики Алтай, именуем__ в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____

_____, действующего на основании Приказа №___ от _____, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора оказания платных стоматологических услуг от "___"_____ ____ г. № ____ (далее - Договор) Исполнитель оказал Заказчику (Потребителю) _____(ФИО) следующие услуги:

№	Дата предоставления услуг	Наименование услуг	Стоимость (руб.)	Код услуги по прейскуранту

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договора оказаны в полном объеме с "___"_____ ____ г. по "___"_____ ____ г.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) рублей.

Стоимость оказанных услуг подлежат оплате в порядке и сроки, которые установлены Договором.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон

Заказчик/Потребитель:	Исполнитель:
_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)	_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я,_____ (ФИО гражданина либо законного представителя), дата рождения _____ , зарегистрированный по адресу: _____ даю согласие на получение платных медицинских услуг в Автономном учреждении здравоохранения Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в Автономном учреждении здравоохранения Республики Алтай «Республиканская стоматологическая поликлиника».

Я уведомлен 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 оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию о результатах обследования, диагнозе, о цели медицинского вмешательства и его последствиях, предполагаемом результате лечения;

ознакомлен с комплексным планом лечения, об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Предупрежден о возможных осложнениях во время и после лечения.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Потребитель (его законный представитель)

Подпись Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

Подпись Фамилия Имя Отчество

«___»_____ _____ г.