

Договор
на оказание платных медицинских услуг взрослому населению по профилю
стоматология ортопедическая

г. Москва

«__» _____ 20__ г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице администратора /_____/, действующего на основании доверенности от _____ № _____, и _____, именуемого в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор (далее-Договор) о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе:

- 1.1. Юридический адрес: 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63, тел. 8-495-465-34-19.
- 1.2. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 77 № 007363525 зарегистрировано Государственным учреждением «Московская регистрационная палата», дата регистрации: 03.01.1996г. № 001.978-У; Межрайонная инспекция МНС России № 39 по г. Москве 13.01.2003г. за основным государственным регистрационным номером 1037739071677/ ИНН 7719260307.
- 1.3. Учредитель юридического лица: Департамент здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д.43, ОГРН 1037707005346/ ИНН 7707089084, тел. 8-495-777-77-77).
- 1.4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее – Лицензия) по адресу: 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63 № ЛО-77-01-018906 от 16.10.2019 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (ОГРН 1037707005346/ ИНН 7707089084. Адрес: г. Москва, Оружейный пер-к, д.43, тел. 8-495-777-77-77).
- 1.5. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» в соответствии с лицензией: 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, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет договора

- 2.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги по стоматологии ортопедической, но не связанные с непосредственным выполнением зуботехнических работ (изготовлением изделий медицинского назначения), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской стоматологической услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста).
- 2.2. Зуботехнические работы выполняются по отдельному договору, по которому Исполнитель, будет являться Заказчиком услуги с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующего вида деятельности от 09.07.2014 года № ЛО-77-01-008556.
- 2.3. Конкретный перечень стоматологических услуг, объем работ, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, содержатся в Приложении № 2 к настоящему Договору, и является его неотъемлемой частью. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения.
- 2.4. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при соблюдении лицензионных требований, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (ПП РФ от 04.10.2012 № 1006), Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Обязательства сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. Оказать ортопедическую стоматологическую помощь Пациенту только после подписания Договора.
- 3.1.2. Информировать Пациента о предполагаемом терапевтическом, хирургическом, ортопедическом лечении, применяемых материалах и их стоимости.

3.1.3. Информировать Пациента о возможных осложнениях после проведения лечения при подписании Пациентом информированного согласия, которое является неотъемлемой частью медицинской карты Пациента.

3.1.4. После подписания Пациентом информированного согласия провести осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, провести при необходимости, дополнительные методы обследования.

3.1.5. Информировать Пациента о гарантийных сроках лечения (согласно Положению № 4 к настоящему Договору) и эффективности лечебных методик.

3.1.6. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, кроме тех, которые связаны с непосредственным выполнением зуботехнических работ (изготовлением изделий медицинского назначения).

3.1.7. Оказать услуги в полном объеме согласно Приложения № 2 к настоящему Договору надлежащего качества с использованием имеющихся в Учреждении материалов и оборудования.

3.1.8. Заполнить медицинскую карту Пациента (информированное согласие на проведение ортопедического лечения, жалобы, анамнез, внешний осмотр, данные объективного исследования, дополнительные методы обследования, ортопедический и сопутствующий диагноз, план протезирования, план подготовки к протезированию, дневник лечения) со всеми необходимыми приложениями к ней (анкету здоровья, лист учета дозовых нагрузок, заказ-наряд).

3.1.9. Осуществлять лечение в соответствии с принципами медицинской этики, хранить врачебную тайну.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Провести замену врача по согласованию с Пациентом.

3.2.2. Не приступать к выполнению работ без их оплаты Пациентом в полном объеме согласно условий Договора.

3.2.3. Неявка Пациента без уважительной причины и без уведомления Исполнителя в сроки, указанные в листе назначений, расценивается Исполнителем как намерение Пациента в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор. В этом случае Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента без возврата стоимости оплаченного лечения. Стоимость фактически оказанных услуг определяется Исполнителем, согласно Справки-расчета.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. При заключении настоящего договора предъявить Исполнителю паспорт гражданина РФ, или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с требованиями законодательства РФ.

3.3.2. Оплатить работу Исполнителя в полном объеме непосредственно после согласования документов, указанных в п. 3.1.4., 3.1.8., в том числе и дополнительные услуги – рентгенография, обезболивание и др.

3.3.3. Достоверно и в полном объеме сообщать всю информацию о своём здоровье, как при заполнении анкеты здоровья, так и в ходе лечения в случае изменения состояния здоровья.

3.3.4. Являться на лечение в установленное время. О невозможности явки сообщать по тел. **8-495-465-20-04, 8-915-274-84-92** в срок не менее чем за 24 часа до указанного времени.

3.3.5. Выполнять все указания лечащего врача, все рекомендации по гигиене полости рта и уходу за протезами.

3.3.6. В случае возникновения осложнений или каких-либо недостатков после оказания медицинской помощи немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

3.3.7. После выполнения Исполнителем п. 3.1.8. настоящего договора подписать информированное согласие на проведение лечения, расписаться в медицинской карте в ознакомлении и согласии с выбранным планом протезирования и подготовки к протезированию. Без подписания документов, указанных в настоящем пункте, оказание стоматологической ортопедической помощи Пациенту по настоящему договору не возможно.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. Получать всю необходимую информацию о ходе оказания ему услуг по настоящему договору. Информация должна быть достоверной, полной и доведена до Заказчика в доступной для него форме.

3.4.2. В случае оказания ортопедических стоматологических услуг ненадлежащего качества, предъявить требования, предусмотренные законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.92.

4. Условия и сроки предоставления платных стоматологических услуг

4.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе (Приложение № 1 к настоящему Договору).

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Лицензией.

4.3. Пациент предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.

4.4. Исполнитель предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях

(противопоказаниях) к применению.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.6. Пациент незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента.

5. Качество услуг и гарантийные сроки

5.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

5.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.3. Возможный дискомфорт, вызванный спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение времени, о которых Пациент был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.4. Исполнителем установлены гарантийные сроки в соответствии с Приложением № 4 к настоящему договору.

5.5. В исключительных случаях Исполнитель вправе устанавливать иные гарантийные сроки, о чём производится запись в медицинской карте стоматологического больного за подписью Пациента.

5.6. Подписывая настоящий Договор, Пациент ознакомлен с утверждёнными Исполнителем: Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи».

5.7. Стороны начинают исчислять срок гарантии с момента окончательной установки постоянных протезов в кабинете врача, не зависимо от того, пользуется ими в дальнейшем Пациент, или нет. Срок гарантии не возобновляется при коррекции протезов в процессе носки.

5.8. Срок гарантии прерывается и не возобновляется в том случае, если Пациент обратился за оказанием стоматологической помощи (лечением, протезированием, коррекцией протезов) в любую другую клинику, или пытался каким-либо иным способом исправить протезы без помощи Исполнителя.

6. Стоимость услуг и порядок расчетов

6.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных стоматологических услуг, предоставляемых Пациенту, указывается (содержится) в Приложении № 2 (Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором) и Приложении №3 (Акт выполненных работ) к настоящему договору, являющимися его неотъемлемой частью.

6.2. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Пациенту. При этом Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Пациент письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

6.3. Оплата осуществляется Пациентом в виде стопроцентной (100%) предоплаты путем внесения наличных и/или безналичных денежных средств в кассу Исполнителя.

6.4. Исполнитель разъясняет, а Пациент понимает, что денежные средства, добровольно затраченные им в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.5. По требованию Пациента, Исполнителем может быть составлена предварительная Смета на предоставление платных медицинских услуг, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора (приложение № 5 к договору).

7. Ответственность Сторон

7.1. При расторжении Договора по соглашению сторон, либо в следствии невозможности исполнения по обстоятельствам, не зависящим ни от одной из сторон (за исключением наступления форс-мажорных обстоятельств, ответственность при которых по Договору не наступает), Исполнитель возвращает Пациенту уплаченную сумму, за вычетом консультационно-диагностических услуг, затраченных материалов и фактически выполненного объема работ.

7.2. В случае подтверждения в Решении врачебной комиссии Исполнителя факта оказания ортопедических стоматологических услуг ненадлежащего качества, повторное их оказание осуществляется за счет Исполнителя.

7.3. Применяемые в ходе выполнения Договора лечебные методики, стоматологические материалы, конструкции протезов определяются Исполнителем с учетом пожеланий Пациента. В случае, если Пациент настаивает на методике лечения, применяемых материалах, конструкции протезов, которые нецелесообразны по медицинским показаниям и в дальнейшем могут причинить вред здоровью Пациента, Пациент расписывается в своей медицинской карте стоматологического больного о том, что он проинформирован лечащим врачом, но настаивает на своём методе лечения. С этого момента Исполнитель вправе продолжить оказание Пациенту ортопедических услуг, но ответственности за их качество Исполнитель не несёт, и гарантийный срок на такие работы Исполнителем устанавливается 30 (Тридцать) дней с момента сдачи протезов.

7.4. Ответственность Исполнителя за качество оказанных услуг не наступает в том случае, если Пациент в период действия Договора обратился за стоматологической или ортопедической помощью в другую клинику, или в том случае, если Пациент по неуважительным причинам, не предупредив Исполнителя, пропустил сроки очередной явки на приём к врачу. Исключение составляют те случаи, когда Пациент вынужден был срочно обратиться за помощью при подтверждении данного факта выписками из амбулаторной карты, заключениями врачей, рентгенологическими снимками и др.

7.5. Ответственность Исполнителя за качество оказанных услуг не наступает, если Пациент недобросовестно выполнил свои обязательства, предусмотренные п. 3.3.3., 3.3.6; 5.5.. настоящего Договора.

8. Разрешение Споров

8.1. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

8.2. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

8.3. В случае неурегулирования в процессе переговоров спорных вопросов, разногласия разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9. Порядок изменения и расторжения договора

9.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9.2. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

10. Срок действия договора и иные условия

10.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Пациенту.

10.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

10.3. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента 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.

11. Приложения к договору

К настоящему договору прилагаются:

Приложение № 1 – Добровольное информированное согласие

Приложение № 2 – Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

Приложение № 3 – Акт выполненных работ

Приложение № 4 – Ортопедическая стоматология – гарантии

Приложение № 5 – Предварительная смета на предоставление платных медицинских услуг

12. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»,
Адрес: 105203, Москва, ул. Нижняя
Первомайская, д.63,
ИНН 7719260307, КПП 771901001
Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»), Л/с
2605442000630921)
ГУ Банка России по ЦФО г. Москва 35,
Р/с 40601810245253000002,
БИК 044525000

Администратор:

_____/_____/_____

Пациент:

Фамилия, имя, отчество: _____
Адрес места жительства: _____
Телефон: _____ E-mail: _____
Паспорт: _____

Подпись _____/_____/_____

Пациент экземпляр договора на руки получил, с Порядком оказания платных медицинских услуг ознакомлен. На обработку персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 года «О персональных данных» согласен.

Подпись _____

Приложение № 1
к договору № ____ от ____

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Я, *Иванов Иван Иванович*, паспорт серия № _____, выдан _____,

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено указанными выше программами государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

- при заключении договора мне предоставлена информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____/_____/_____

«__» _____ 20__ г.

(Подпись) _____ (расшифровка)

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ**

Настоящий Перечень является основанием для оплаты указанных в нем Услуг.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость (руб.)	Количество	Сумма (руб.)

Всего: _____

Итого услуг на сумму: _____ (сумма прописью)

ПАЦИЕНТ (Законный представитель):

_____ (фамилия, имя, отчество полностью) _____ (подпись)

«__» _____ 20__ г.

ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»:

_____ / _____ / _____
должность специалиста подпись Ф.И.О.

**АКТ
ПРИЕМКИ-ПЕРЕДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

к Договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

Мы, нижеподписавшиеся, Исполнитель ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» и Пациент

составили настоящий акт о том, что Исполнитель выполнил указанные в перечне медицинские услуги на сумму:

_____ рублей _____ коп. _____

Пациент претензий по качеству работы и срокам ее исполнения не имеет.

Пациент:

Исполнитель:

_____ ФИО

_____ ФИО

_____ Подпись

_____ Подпись

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ г.

Ортопедическая стоматология - гарантии

№	Наименование	Срок гарантии
2.1.	Вкладки:	
2.1.1.	Из металла	1 год
2.2.	Виниры	9 месяцев
2.3.	Коронки:	
2.3.1.	Из пластмассы	9 месяцев
2.3.2.	Из металлокерамики	1 год
2.3.3.	Из композитного материала	9 месяцев
2.4.	Коронки цельнолитные:	
2.4.1.	Из КХС	1 год
2.4.2.	Из золота	1 год
2.5.	Коронки цельнолитные с облицовкой	6 месяцев
2.6.	Адгезивные протезы	1 год
2.7.	Мостовидные протезы	
2.7.1.	Цельнолитные:	
2.7.1.1.	Из КХС	1 год
2.7.1.2.	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год
2.7.1.3.	Из золота	1 год
2.7.2.	Цельнолитные с облицовкой:	
	Из пластмассы	
2.7.2.1	Из композитного материала	6 месяцев
2.7.3.	Мостовидные протезы из металлокерамики	1 год
2.8.	Бюгельные протезы	1 год
2.9.	Частичные съемные пластиночные протезы	1 год
2.10.	Полные съемные пластиночные протезы	1 год
2.11.	Напыление	3 месяца

Примечание:

1. При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования уменьшаются на 50%.
2. При нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения, гарантия аннулируется.
3. При протезировании на имплантаты сроки гарантии и службы определяются в соответствии с конструкцией протеза.

Ознакомлен: _____ / _____ /

**Предварительная смета
на предоставление платных медицинских услуг**

№ п/п	Наименование услуги	Сроки оказания услуг	Позиция по прейскуранту Исполнителя	Стоимость услуги согласно прейскуранта Исполнителя	Срок оплаты
ИТОГО:					

Исполнитель:

Пациент:

_____/_____/_____
(подпись) (ФИО отв. лица)

_____/_____/_____
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.