

ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР № ____

на оказание платных медицинских услуг детскому населению

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 Заказчик и являющегося законным представителем несовершеннолетнего _____, дата рождения _____, 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) № ЛО-77-01-018906 от 16.10.2019 г.. на осуществление медицинской деятельности по адресу: 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63. 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: доврачебная помощь: медицинская статистика, рентгенология, сестринское дело, стоматология, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому: ортодонтия, стоматология детская, стоматология хирургическая, стоматология ортопедическая, стоматология терапевтическая. Прочие работы и услуги: организация сестринского дела, общественное здоровье и организация здравоохранения, экспертиза временной нетрудоспособности, экспертиза (контроль) качества медицинской помощи.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Исполнитель предоставляет Пациенту платные медицинские услуги (далее – Услуги), на основании Лицензии, в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, а Заказчик обязуется их оплатить.
- 2.2. Услуги по Договору оказываются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Заказчика. Заказчик уведомлен Исполнителем о возможности получить Услуги на бесплатной основе в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о чем засвидетельствовал личной подписью в добровольном информированном согласии (Приложение № 1).
- 2.3. Перечень медицинских услуг, согласованный с Департаментом здравоохранения города Москвы, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению и Прейскурант на медицинские услуги, утвержденные приказом главного врача ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ», размещены на информационной стойке, в отделении платных услуг.
- 2.4. Объем, виды и стоимость Услуг, определяется в Перечне оказанных платных медицинских услуг (Приложение №2).
- 2.5. Заказчик подтверждает, что на момент подписания Договора, Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006), с действующим в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» Прейскурантом на медицинские услуги, уведомил его о том, что несоблюдение назначений медицинского работника, предоставляющего Услугу, могут снизить качество Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения и отрицательно сказаться на здоровье Пациента.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. Исполнитель обязуется:
 - 3.1.1. Оказать Пациенту на квалифицированном, качественном и безопасном уровне Услуги, в соответствии с пунктами 2.3., 2.4. Договора.
 - 3.1.2. Разъяснять Заказчику необходимость проведения Услуг для подтверждения диагноза и лечения заболевания Пациента. При необходимости осуществления непрофильных для Исполнителя Услуг, выдать Заказчику соответствующие рекомендации об их проведении.

3.1.3. Поставить в известность Заказчика о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания Услуг и возможных осложнениях при лечении.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание Услуг по Договору, либо установлении необходимости оказания Услуг, не соответствующих профилю ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ», приостановить оказание Услуг до определения дальнейшего порядка оказания Услуг Пациенту.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплатить Услуги Исполнителя по Договору в порядке, установленном Договором.

3.3.2. Предоставить Исполнителю всю известную Заказчику достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе, информацию об аллергических реакциях на лекарственные средства, хронических заболеваниях, применяемой терапии и причинах обращения в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ».

3.3.3. Выполнять все назначения специалистов, оказывающих Услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию о ходе оказания Услуг по Договору.

3.4.2. Досрочно отказаться от исполнения Договора, оплатив стоимость фактически оказанных Услуг.

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Цена Договора определяется прейскурантом Исполнителя на момент оказания Услуг.

4.2. Заказчик оплачивает предоставленные Пациенту Услуги по факту их выполнения в кассу Исполнителя в наличной или безналичной форме.

5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

5.1. Исполнитель оказывает Пациенту Услуги в соответствии с п. 2.1 Договора по адресу: 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д.63.

5.2. Услуги оказываются в порядке предварительной записи через регистратуру платного отделения (тел. 8-495-465-20-04, 8-915-274-84-92).

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует 1 (один) год. Если не менее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его изменения или расторжения, такой Договор считается пролонгированным на следующий год.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

7.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.3. Исполнитель несет ответственность за оказанные Услуги в течение гарантийного срока на пломбы - 1 год.

7.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения Договора, а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Любая информация о состоянии здоровья Пациента, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с оказанием Услуг медицинская документация является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением установленных законодательством случаев.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Споры и разногласия по Договору решаются путем принятия Сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

9.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры разрешаются в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

9.3. Договор может быть расторгнут в любой момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

9.4. Изменения и дополнения к Договору оформляются в письменном виде и подписываются Сторонами.

9.5. Во всем, что не урегулировано Договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

9.6. Договор составлен и подписан Сторонами в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

10. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

10.1. К настоящему договору прилагаются:

Приложение № 1 – Добровольное информированное согласие

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

11. 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:

ФИО:

Адрес:

Телефон:

Заказчик:

ФИО:

Адрес:

Паспорт:

Телефон:

Данные _____ документа, _____ удостоверяющего
представительство: _____

Подпись:

_____/_____

При заключении договора Заказчику 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.

Заказчик экземпляр договора на руки получил, с Порядком оказания 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 _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ДСП №45 ДЗМ»)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____

Зарегистрированный по адресу: _____

Законный представитель ребенка: _____

(Ф.И.О., дата рождения)

- 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 гражданам медицинской помощи и по Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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;

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) сотрудников ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка

(фамилия, имя, отчество полностью, законного представителя ребенка)

(подпись)

«__» _____ 20__ года

1 экз. - Исполнителю; 1 экз. Пациенту (Законному представителю)

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ПРЕДОСТАВЛЕННЫХ 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 (Заказчик - законный представитель пациента)

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

_____ рублей _____ коп. _____

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

Пациент (законный представитель):

ФИО

Подпись

«_____» _____ 20__ г.

Исполнитель:

ФИО

Подпись

«_____» _____ 20__ г.