

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

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 _____, 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.
- 3.3.4. Заблаговременно, до начала назначенного времени приема Пациента, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени. В случае опоздания Пациента более чем на 20 (двадцать) минут, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока получения или отмену услуги.
- 3.3.5. Немедленно, извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.
- 3.3.6. При обращении за медицинской помощью, представить документ, удостоверяющий личность.
- 3.3.7. Являться на назначенные Пациенту профилактические осмотры не реже одного раза в год.

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.
- 4.3. Оплата зуботехнических работ осуществляется Заказчиком в виде стопроцентной (100%) предоплаты.
- 4.4. По требованию Заказчика, Исполнителем может быть составлена предварительная Смета на предоставление платных медицинских услуг, которая, носит информационный характер и может быть изменена по соглашению Сторон.

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.

7. 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: светотверждаемые пломбы – 1 год, другие пломбы (пломбы химического отверждения, стеклоиномерные цементы), герметики – 6 месяцев, ортодонтические конструкции (каппы, ретейнеры, пластинки) – 3 месяца.
- 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. Расходные материалы для ортодонтии (брекет-системы, дентальные имплантаты и сопутствующие изделия) приобретаются Заказчиком самостоятельно. Деятельность Исполнителя не предполагает продажи медицинских изделий и сопутствующих материалов.
- 9.2. 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.
- 9.3. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры разрешаются в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

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

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

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

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

10. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

К настоящему договору прилагаются:

Приложение № 1 – Добровольное информированное согласие

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

Приложение № 3 – Акт приемки-передачи медицинских услуг

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

Пациент:

ФИО:

Адрес:

Телефон:

Заказчик:

ФИО:

Адрес:

Паспорт:

Телефон:

Данные документа, удостоверяющего представительство: _____

Администратор:

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 Пациента: _____
(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 платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

(фамилия, имя, отчество полностью, законного представителя Пациента) _____
(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.