

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг взрослому 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 Мишенковой Е.А., действующего на основании доверенности № 2/22 от 01.01.2022 года, 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) № ЛО-77-01-018906 от 16.10.2019г. 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: врачебная 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 Пациент обязуется оплатить их.
- 2.2. Услуги оказываются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Пациента. Пациент 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. Пациент 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 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 Пациенту необходимость проведения Услуг для подтверждения диагноза и лечения заболевания. При необходимости осуществления непрофильных для Исполнителя Услуг, выдать Пациенту соответствующие рекомендации об их проведении.

3.1.3. Поставить в известность Пациента 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. Пациент обязуется:

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

3.3.2. Предоставить Исполнителю всю известную достоверную информацию о состоянии здоровья, 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, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного 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 профилактические осмотры не реже одного раза в год.

3.4. Пациент 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. Пациент оплачивает предоставленные ему Услуги по факту их выполнения в кассу Исполнителя в наличной или безналичной форме.

4.3. Оплата зуботехнических работ осуществляется Пациентом в виде стопроцентной (100%) предоплаты.

4.4. По требованию Пациента, 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 до «31» декабря 2024 года.

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 Пациентом 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 Пациентом 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:
Паспорт:
Телефон:
Подпись: _____/_____/

Администратор:

_____/_____/

При заключении договора Пациенту 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.

Пациент 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: _____

- 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 моего здоровья.

(подпись)

« ____ » _____ 20__ года

1 экз. - Исполнителю; 1 экз. Пациенту