

ДОГОВОР на оказание платных стоматологических услуг

« ____ » _____ 20__ г.

г. Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 30 Департамента здравоохранения г. Москва», свидетельство ЕПРЮ0177 № 012112703 Межрайонной инспекции ФНС № 46 по г. Москве, лицензия № 1041-00110-50/00589267 от 27.04.2012 г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице главного врача Кузнецовой М.В., действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____ (Фамилия, имя, отчество полностью) _____ (Фамилия, имя, отчество полностью) ребенка (нужное подчеркнуть): _____ (Фамилия, имя, отчество ребенка полностью, дата рождения) далее законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (нужное подчеркнуть): _____ (Фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения) - далее «Потребитель», именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые вместе «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик их оплатить. Заказчик ознакомлен с общим перечнем оказываемых исполнителем услуг.
- 1.2. Исполнитель обязуется предоставить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, разумно определяемый врачом с учетом объема и сложности необходимого лечения, а также в зависимости от состояния здоровья пациента в момент оказания услуги.
- 1.3. Заказчик оплачивает оказанные услуги в полном объеме в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя.
- 1.4. Исполнитель оказывает услуги Потребителю в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Заказчика на момент заключения данного Договора.
- 1.5. Заключение настоящего договора, Заказчик проинформирован о том, что данная услуга входит в систему ОМС и предоставляется бесплатно, в соответствии с программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, или не входит в систему ОМС и не может быть предоставлена бесплатно (нужное подчеркнуть).
- 1.6. Конкретный объем услуг, оказываемых исполнителем по настоящему договору, указывается в заказе-наряде (Акте выполненных работ), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора и подписываемым врачом и представителем Заказчика.

2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

- 2.1. Оказать медицинские услуги в объеме, предусмотренном заказ-нарядом и согласованным Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации протоколами и нормативными актами.
- 2.2. Предоставить Заказчику информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанных с ним рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также используемых медицинских препаратах и изделиях.
- 2.3. Информировать Заказчика об обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и стоимости оказываемых ему медицинских услуг.
- 2.4. В любой иной период после оказания услуг по письменному заявлению Заказчика выдать ему копии медицинских документов, выписки из медицинских документов установленного образца, свидетельствующие об оказании услуг и их результатах, за исключением подлинников документов для подлинников результатов исследований/обследований, которые подлежат хранению в лечебных учреждениях. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 3-х рабочих дней с даты получения письменного заявления Заказчика.
- 2.5. По письменному заявлению Заказчика выдать ему комплект документов, необходимых для получения Заказчиком социального налогового вычета. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 3-х рабочих дней с даты получения письменного заявления Заказчика.

3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:

- 3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, техническими и медицинскими протоколами, условиями Договора и действующим в организации Исполнителя «Порядком оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями», с которыми Заказчик ознакомлен до подписания настоящего Договора.
- 3.2. Отказаться от исполнения услуг Заказчику.
- 3.3. Если требования Заказчика не соответствуют требованиям Протоколов, Порядка оказания и стандарта медицинской помощи.

- при наличии противопоказаний для оказания медицинских услуг, в том числе в амбулаторно-поликлинических условиях;
- при невыполнении Заказчиком плана лечения и рекомендаций лечащего врача;
- при несоблюдении Заказчиком Правил внутреннего распорядка в учреждении, в том числе, находящемся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения;
- при нарушении Заказчиком обязательств, предусмотренных настоящим Договором.

4. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА:

- 4.1. До подписания настоящего Договора ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, действующим Прейскурантом.
- 4.2. Информировать лечащего врача о перенесенных и имеющихся у Потребителя заболеваниях, аллергических реакциях или непереносимости лекарственных препаратов.
- 4.3. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.
- 4.4. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.
- 4.5. Оплачивать оказанные услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

5. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА:

- 5.1. Получать информацию о состоянии здоровья Потребителя, состоянии эубиологической системы и проведенном лечении.
- 5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставляемых медицинских услуг.
- 5.3. В любое время отказаться от получения платных стоматологических услуг при условии оплаты Исполнителем фактически оказанных услуг и понесенных расходов.
- 5.4. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Заказчик несет ответственность за действия (бездействие) Потребителя. Исполнитель несет ответственность за действия своих медицинских работников.
- 6.2. Заказчик несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств, при наличии своей вины.
- 6.3. В случае самолеечения, лечения не по рекомендациям врача Исполнителя или обращения Пациента в другое лечебное учреждение, Исполнитель не несет ответственности за результаты такого лечения.

7. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 7.1. Цена настоящего Договора составляет стоимость фактически оказанных Заказчику услуг.
- 7.2. Цена оказанных Исполнителем услуг по обращению Заказчика фиксируется в Заказ-наряде, (Акте выполненных работ), составленным до начала оказания услуг в отношении конкретного обращения Заказчика. Объем и стоимость фактически оказанных услуг в рамках конкретного обращения определяется соответствующими записками в медицинской документации, сопровождающей оказание услуг.
- 7.3. Окончательная цена Договора определяется как суммарная стоимость услуг, фактически оказанных Потребителю в период действия настоящего Договора с учетом всех обращений.
- 7.4. Перечень предоставляемых медицинских услуг и их стоимость определяется на основании согласованного Сторонами заказа-наряда и действующего Прейскуранта на день оказания медицинских услуг.
- 7.5. Стоимость медицинских услуг может изменяться в процессе их оказания. Общая стоимость медицинских услуг складывается из объема оказанных Исполнителем услуг.
- 7.6. Заказчик вносит денежные средства на расчетный счет Исполнителя не позднее дня оказания медицинских услуг (в форме 100% оплаты в рубль РФ).
- 7.7. В случае невозможности исполнения услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предотвратить или избежать, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.
- 7.8. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.
- 7.9. В случаях определенных настоящим Договором, возврат денежных средств осуществляется:

8. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 8.1. Медицинские услуги оказываются Пациенту по предварительной записи на прием по телефону, а также на момент личного обращения при наличии свободного специалиста.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Москва « ____ » _____ 202_ г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____ (Фамилия, имя, отчество полностью) в рамках договора об оказании платных стоматологических услуг, изъявлю желание добровольно и без принуждения получить для Потребителя _____

законным представителем (маг, отец, опекун, попечитель) которого я являюсь, платные стоматологические услуги в ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ». При этом мне разъяснено в доступной для моего понимания форме и мною осознано следующее.

1. Я, _____, получаю от сотрудников ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления Потребителю медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Потребителю платных услуг и готов (а) их оплатить.

2. Мне разъяснено и я понимаю, что проводимое лечение Потребителю не гарантирует 100% результат, что при проведении медицинского вмешательства и после него (в ближайшие и отдаленные сроки), возможны различные осложнения.

3. Я согласен (на) с тем, что применяемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех регламентируемых законодательством РФ требований, ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ» не несет ответственность за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Потребителем должны исполняться все назначения и рекомендации лечащего врача. Мне разъяснено, что при не выполнении рекомендаций лечащего врача мне может быть отказано в дальнейшем лечении.

5. Перечень необходимых для Потребителя платных стоматологических услуг со мной согласован.

6. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных Потребителю услуг в соответствии с ним.

7. Я информирован (а) о том, что рентгеновский снимок (ортопантограмма) является медицинским документом и подлежит хранению в медицинской карте стоматологического больного.

8. Я информирован (а) о том, что Потребитель может получить аналогичные стоматологические услуги в другом лечебном учреждении и подтверждаю свое согласие на получение этих услуг в ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ».

9. Настоящее информированное согласие мною прочитано, я полностью понимаю смысл и назначение предложенных для Потребителя услуг и даю свое согласие на их применение в отношении Потребителя.

Заказчик: Потребитель/законный представитель _____

Паспорт серии _____ № _____ выдан « ____ » _____ г.

Зарегистрирован: _____

Тел. _____

Потребитель/законный представитель _____ / _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О защите персональных данных», даю согласие ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ», находящемуся по адресу: 119270, г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская, д. 6, на автоматизированную и неавтоматизированную обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка являюсь, со следующим перечнем:

– фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер мобильного телефона, адрес проживания – данные о случаях обращения за медицинской помощью

- сведения о состоянии здоровья.

Под обработкой персональных данных подразумевается следующий перечень действий с персональными данными: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование в соответствии с действующим законодательством РФ.

Данное согласие на обработку персональных данных действует бессрочно, может быть отозвано путем направления электронного письма на адрес: dsp30@zdnav.mos.ru

8.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информационного добровольного согласия Пациента, данного им в порядке, установленном РФ об охране здоровья граждан.

8.3. После окончания лечения Пациентом и Исполнителем подписываются акты выполненных работ.

8.4. Медицинские услуги считаются полученными Пациентом с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией исполнителя, а также подписанным актом приема-передачи стоматологических услуг.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получающая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

10.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

10.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

11.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

11.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

11.3. Окончание срока действия договора влечет прекращение обязательств сторон по договору, но не освобождает стороны от ответственности за нарушение его условий.

11.4. За нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты, оказанных ему медицинских услуг, внутреннего распорядка и режима, установленного в Учреждении, договор с ним может быть расторгнут в соответствии с законодательством Российской Федерации по инициативе Исполнителя без предварительного уведомления Заказчика и отказав в последующем предоставлении медицинских стоматологических услуг. Расторжение договора не освобождает Пациента от оплаты фактически оказанных медицинских услуг.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещениях, расположенных по адресу: г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская, д. 6 и ул. 3-я Фрунзенская, д. 1.

12.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

12.3. Медицинская карта Потребителя существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика или его законного представителя или иному доверенному лицу, при предоставлении документа, удостоверяющего личность.

12.4. В целях обеспечения ведения персонализированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом, во исполнение обязательств по настоящему договору.

12.5. Лица, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Заказчика и факте оказания медицинской помощи, и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:

12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ГБУЗ «ДСП № 30 ДЗМ»

119270, Москва, ул. 3-я Фрунзенская, д. 6

ИНН 7704251571 КПП 770401001 БИК 004525988

ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве г. Москва

ул/с- 2605442000451585

ЕКС 40102810545370000003

Счет 03224643450000007300

КБК 0540000000131131022

ОКТМО 45383000

Оплата медицинских услуг (НДС не облагается)

Главный врач

_____/Кузьмицкая М.В./

Заказчик:

Пациент/законный представитель

Паспорт серии _____ № _____

выдан « ____ » _____ г.

Зарегистрирован: _____

Тел. _____

Потребитель/законный представитель _____ / _____