

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № **{Пациент.ID}**

г. Владимир

{ТекущаяПолнаяДата}г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Стоматологическая поликлиника № 3 г. Владимира» (далее ГБУЗ ВО «СП № 3 г. Владимира») именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заведующего терапевтическим отделением платных услуг **Дериной Анны Юрьевы**, действующей на основании доверенности № 01/23 от 10.02.2023 года, с одной стороны и гражданин(ка) **{Пациент.ФИО}**, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области «Стоматологическая поликлиника № 3 г. Владимира»

1.1.2. Адрес местонахождения: 600031, г. Владимир, Суздальский проспект, дом 2

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 600031, г. Владимир, Суздальский проспект, дом 2

1.1.4. Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ регистрационный номер 2123340203466 выдано межрайонной ИФНС России № 10 по Владимирской области 27.01.2012 года, ОГРН 1033303409504, дата регистрации – 06.02.2003 года, данные о регистрирующем органе – межрайонная ИФНС России № 10 по Владимирской области, ИНН 3329015341.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 08.08.2014 года № Л041-01134-33/00294080 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения находящейся по адресу: 600005, г. Владимир, ул. Горького, дом 58А. Телефон: 8 (4922) 537366.

Перечень предоставляемых медицинских услуг соответствует лицензии, размещен на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя: <https://gbuzsp3.sitemed.ru/>.

1.2. Сведения о Потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии): **{Пациент.ФИО}**

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: **{Пациент.Адрес}**

1.2.3. Телефон: **{Пациент.Телефон}**

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: **{Пациент.Паспорт.Серия}{Пациент.Паспорт.Номер}, {Пациент.Паспорт.КемВыдан},{Пациент.Паспорт.ДатаВыдачи}, {Пациент.Паспорт.КодПодразделения}**.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

2.1.1. Стоимость предоставляемых платных медицинских услуг, определяется в соответствии с действующим Перечнем на момент предоставления медицинской услуги.

2.1.2. Конкретный перечень оказываемых услуг, сроки их оказания и стоимость определяются Планом лечения, являющимся неотъемлемой частью Договора.

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность с учетом стандартов медицинской помощи, в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора, по письменному обращению (просьбе) Потребителя, выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней после обращения.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется Исполнителем исходя из действующего Перечня, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и отражается в Акте оказанных услуг. Потребитель оплачивает медицинские услуги Исполнителю после каждого приема у врача в размере 100% их стоимости по ценам, действующим на момент подписания настоящего договора, наличным или безналичным путем с применением ККТ.

4.2. Потребитель ознакомлен с Перечнем до подписания настоящего договора.

4.3. Сроки оказания услуг определяются Исполнителем по согласованию с Потребителем после проведения обследования состояния здоровья Потребителя и определения всего комплекса предстоящих лечебных мероприятий.

4.4. Сроки проведения других видов лечения (терапевтического, ортопедического, хирургического) целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Потребителя и не могут быть заранее точно определены.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Потребителя (законного представителя потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств.

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, положениями, порядками, стандартами и другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

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

5.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

5.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки, но не может превышать 2% от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

6.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

6.5. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки, но не может превышать 2% от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. В случаях, предусмотренных пунктами 6.4, 6.6 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

6.8. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

8.2. При не урегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

8.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по данному договору.

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

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель: \${Пациент.ФИО}

Адрес места жительства: \${Пациент.Адрес}

Паспорт: серия \${Пациент.Паспорт.Серия} номер \${Пациент.Паспорт.Номер}, выдан
\${Пациент.Паспорт.КемВыдан} \${Пациент.Паспорт.ДатаВыдачи} г., код подразделения
\${Пациент.Паспорт.КодПодразделения}.

Телефон: \${Пациент.Телефон}

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области
«Стоматологическая поликлиника №3 г. Владимира»

Адрес места нахождения: 600031, Владимирская область, город Владимир, Суздальский проспект, дом 2

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ государственный регистрационный номер 2123340203466 от
27.01.2023

Регистрационный орган: Межрайонная ИФНС России №10 по Владимирской области

ОГРН: 1033303405904, ИНН/КПП 3329015341/ 332901001

Потребитель:

/\${Пациент.ФамилияИО} / _____/
(ФИО) (подпись)

Исполнитель:

Дерина А.Ю / _____/
(ФИО) (подпись)

Я, нижеподписавшийся \${Пациент.ФИО}

(Ф.И.О. Потребитель)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в
ГБУЗ ВО «Стоматологическая поликлиника № 3» г. Владимира по настоящему Договору. Мне
разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской
Федерации, а также я уведомлен(-а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи,
предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

\${ТекущаяПолнаяДата} года

_____/\${Пациент.ФамилияИО}/
Подпись расшифровка