

Я, «Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя», до подписания договора уведомлен(-а) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской стоматологической услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. В наглядной и доступной форме я ознакомлен(-а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и Правилами поведения пациентов. Мне предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской стоматологической помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС, платные услуги оказываются по моему желанию, с преискурантом Исполнителя на платные стоматологические услуги ознакомлен(-а). С Положением о порядке предоставления платных медицинских стоматологических услуг ознакомлен(-а), с условиями (в т.ч. сроками гарантийных обязательств и службы) согласен(-сна):

Статус	Фамилия, Имя, Отчество (полностью)	Подпись
Заказчик		
Потребитель/законный представитель Потребителя (заполняется, если заказчик и потребитель – разные лица)		

Договор на оказание платных стоматологических медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника № 33» адрес места нахождения: 197341, СПб, пр. Королева д.3 корп.1 литер А, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице серия 78 № 003088354; дата внесения записи 30.01.2003, Лицензии № 78-01-003647 от 01 июля 2013 года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191023, СПб, улица Малая Садовая, дом 1, тел./факс: (812) 314-04-43) ИНН/КПП 7814030310/781401001, в лице главного врача Розова Р.А., действующего на основании Устава, приказа №1-к от 09.01.2018 Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, с одной стороны, и **Гражданин(-ка)** (ФИО) _____,

Именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя», с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор (далее - "Договор") о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать платные медицинские услуги пациенту (Потребителю) по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, соответствующие лицензии Исполнителя, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые далее «стоматологическое лечение», а Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя обязуется принять и оплатить оказанные ему услуги в полном объеме.

1.2. Перечень предоставляемых по настоящему Договору услуг, определенный Сторонами, указывается в медицинской карте пациента (Потребителя), и может быть пересмотрен Сторонами по инициативе Исполнителя исходя из состояния здоровья пациента (Потребителя), его медицинских показаний, а также возможностей Исполнителя.

1.3. Цена стоматологического лечения определяется с учетом действующего на момент оказания медицинской услуги прейскуранта (если иного письменно не согласовано Сторонами).

1.4. В случае оказания дорогостоящего и/или длительного стоматологического лечения (ортодонтия/ортопедия/хирургия/имплантация) Стороны вправе составить Дополнительное соглашение к Договору - Финансовый план лечения, определяющий конкретный перечень, сроки, стоимость, порядок оплаты и другие существенные условия стоматологического лечения, являющийся в этом случае неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.5. Финансовый план лечения в зависимости от характера, перечня и цены услуг, входящих в стоматологическое лечение, может предусматривать фиксацию цен на определенный период, авансовые и (или) рассроченные платежи, скидки и специальные цены в оплате стоматологического лечения в порядке и сроки, письменно установленные Сторонами.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя обязан:

2.1.1. Информировать Исполнителя и подтвердить собственную ответственность за достоверность информации письменно, по установленной у Исполнителя форме, до начала оказания стоматологического лечения о состоянии своего здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых препаратах, вредных привычках, а также другие сведения, которые могут оказать влияние на качество оказываемых Исполнителем услуг и их выбор.

2.1.2. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях в состоянии здоровья, возникших в ходе лечения.

2.1.3. Соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача, режим лечения.

2.1.4. Являться на прием в назначенное время или предупредить Исполнителя о невозможности явиться на прием в установленное время незамедлительно (как только ему стало известно о невозможности явки), но не позднее, чем за три часа до назначенного времени приема (обратившись в регистратуру лично или по телефону горячей линии: 88002349533).

2.1.5. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги Исполнителя по настоящему Договору в порядке, установленном в разделе 3 Договора.

2.1.6. Удостоверять личной подписью факты ознакомления с информацией, полученной от лечащего врача перед планируемым вмешательством.

2.1.7. Заполнить документы, необходимые для получения медицинской помощи у Исполнителя (информированное добровольное согласие согласие на обработку персональных данных, анкету здоровья и др.) и подтвердить собственную ответственность за достоверность информации письменно по установленной у Исполнителя форме.

2.2. Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя имеет право:

2.2.1. Получить информацию о медицинской услуге, методах, стандартах ее оказания и связанных с ней рисках; о возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

2.2.2. На выбор врача, даты и времени визита к специалисту Исполнителя, согласованных обеими Сторонами при наличии объективной возможности Исполнителя.

2.2.3. Получить информацию об объеме и качестве медицинских услуг, оказанных Исполнителем пациенту (Потребителю).

2.3. Исполнитель обязан:

2.3.1. Обеспечить предоставление медицинских услуг, отвечающих требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.3.2. Обеспечить в установленном в учреждении порядке Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, сведениями о квалификации специалистов.

2.3.3. Информировать Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций, об альтернативных методах лечения.

2.3.4. Разъяснить Заказчику/Потребителю/законному представителю Потребителя порядок оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС.

2.3.5. Получить от Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя согласие предоставлять информацию о состоянии его здоровья в вышестоящие организации либо другому лицу по его дополнительному заявлению в рамках требований ст.ст. 13.19 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.3.6. Информировать Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя о цене услуг до их оказания:

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;

- назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом надлежащего качества, в частности: нарушение пациентом (Потребителем) медицинских предписаний назначенного режима, диеты, плана лечения, неоднократных опозданий (без предупреждения) на плановый прием к врачу, нарушении правил поведения пациентов и правил оказания платных медицинских услуг Исполнителя, отказ от подписания документов, необходимых для получения платных медицинских услуг у Исполнителя, нахождение в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, употребление психотропных средств при этом внесенные денежные средства не возвращаются.

2.4.2. Перенести прием опоздавшего пациента (Потребителя) на другой день или на другое время.

2.4.3. Требовать от пациента (Потребителя) сведения о предыдущем лечении в других медицинских учреждениях.

2.4.4. Заменить лечащего врача по личной просьбе Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск, психологическая несовместимость).

3. Цена Договора и порядок расчётов

3.1. Согласие Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя на проведение медицинской услуги и факт ее получения одновременно означают и согласие Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя на оплату этой услуги. Вид, перечень и объем стоматологической помощи, предполагаемой к оказанию в рамках конкретного посещения врача/специалиста, указывается врачом/специалистом в Заказе/Плане лечения, подписывается Заказчиком/Потребителем/законным представителем Потребителя, является неотъемлемой частью Договора и сохраняется в Медицинской карте пациента (Потребителя).

3.2. Факт оказания, объем и перечень медицинских услуг, место и сроки их исполнения отражаются врачом/специалистом по результатам каждого посещения в Медицинской карте пациента (Потребителя) и в Квитанции/Акте оказанных услуг, являющихся неотъемлемыми частями настоящего Договора. Цена услуг отражается

Исполнителем в Квитанции/Акте оказанных услуг в ценах действующего на момент посещения преискуранта Исполнителя (если иное письменно не согласовано Сторонами).

3.3. Заказчика/Потребитель/законный представитель Потребителя оплачивает оказанные ему медицинские услуги по результатам каждого посещения в день оказания услуги (если иное письменно не согласовано Сторонами) в размере, указанном в Квитанции/Акте оказанных услуг. Оплата Заказчиком/Потребителем/законным представителем Потребителя услуги является одновременно подтверждением факта оказания Исполнителем услуги пациенту (Потребителю) в объеме и с качеством, предусмотренным настоящим Договором. Оплата производится в российских рублях в безналичной форме или наличными средствами в кассе Исполнителя в день оказания услуг. Исполнитель выдает Заказчику/Потребителю/законному представителю Потребителя оригинал кассового чека, Квитанцию/Акт оказанных услуг (экземпляр Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя).

3.4. Если Сторонами составлялся Финансовый план лечения, Стороны производят расчеты в соответствии с указанными в нем порядком, сроками и суммами. Исполнитель обеспечивает надлежащий учет расчетов с Заказчиком/Потребителем/законным представителем Потребителя в соответствии с Финансовым планом лечения (включая учет сумм авансовых и рассроченных платежей).

3.5. Если в соответствии с Финансовым планом лечения Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя производил авансирование оплаты, то при оказании фактических медицинских услуг Исполнитель производит оплату (закрытие) Квитанции/Акта оказанных услуг путем списания суммы оказанной услуги с суммы внесенного ранее авансового платежа, отражая этот факт в Квитанции/Акте оказанных услуг.

3.6. Если в соответствии с Финансовым планом лечения Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю/законному представителю Потребителя рассрочку в оплате услуг, то возможно оказание медицинской услуги с формированием Квитанции/Акта оказанных услуг без оплаты на конкретную дату оказания услуги, при этом в Квитанции/Акте выполненных работ Исполнителем отражается сумма задолженности Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя - «отрицательное saldo».

3.7. После фактического оказания стоматологических услуг, предусмотренных Финансовым планом лечения, врач/специалист делает заключение в медицинской карте, Стороны производят окончательный расчет (не позднее дня окончания оказания услуг), составляют и подписывают Акт закрытия финансового плана лечения, один экземпляр которого Исполнитель выдает Заказчику/Потребителю/законному представителю Потребителя.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны несут взаимную ответственность за исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами в течение гарантийного срока, установленного «Положением о гарантийном сроке». Данное правило распространяется и на выявленные в процессе эксплуатации скрытые технологические дефекты работы.

4.3. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком/Потребителем/законным представителем Потребителя в случаях:

4.2.1. Непредоставления Заказчиком/Потребителем/законным представителем информации, указанной в п.п. 2.1.1., 2.1.2. настоящего Договора.

4.2.2. Возникновения осложнений по вине пациента (Потребителя): несоблюдение рекомендаций по гигиене полости рта, невыполнение назначений врача, режима лечения, несвоевременное сообщение о возникших побочных реакциях, в результате травмы.

4.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

4.2.4. Повреждения пациентом (Потребителем) ортодонтических, ортопедических конструкций в результате неаккуратного обращения с ними, либо их утраты.

4.2.5. Исполнитель снимает с себя гарантийные обязательства в случаях, связанных с переделкой или исправлением результатов работ в другом Учреждении или самом пациентом (Потребителем).

4.2.6. При обращении пациентом (Потребителем) в процессе обследования и лечения в другие медицинские организации по данному заболеванию, Исполнитель не несет ответственность за действия специалистов этих организаций и осложнения, наступившие в результате их действий.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за невозможность выполнения обязательств по настоящему Договору, возникшую вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение электроснабжения, водоснабжения Исполнителем.

4.4. Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя обязан полностью возместить Исполнителю понесенные расходы, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их по вине Заказчика/Потребителя/законного представителя Потребителя.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий Договор считается заключенным с момента его подписания обеими Сторонами и действует до исполнения обязательств по согласованному сторонами объему и сроком стоматологического лечения.

5.2. В случае, если ни одна из Сторон после истечения срока действия Договора не заявит о его расторжении, то Договор считается возобновленным на тех же условиях.

6. Заключительные положения

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика), а если Заказчик и Потребитель - не одно лицо, то по желанию Заказчика составляется третий экземпляр для Потребителя/законного представителя Потребителя.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Стороны будут стремиться разрешать возникшие споры и разногласия путем переговоров.

6.6. При невозможности урегулировать споры и разногласия путем переговоров они подлежат передаче на рассмотрение в соответствующий суд.

7. Особые условия

7.1. Сроки гарантийных обязательств и сроки службы на оказанные платные стоматологические услуги, условия уменьшения и аннулирования сроков гарантийных обязательств и сроков службы установлены Положением о гарантийном сроке в СПб ГБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №3», которое размещено на информационном стенде и официальном сайте Исполнителя: www.gsp33.ru.

7.2. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Договора допускается использование подписи факсимиле (федств факсимильного воспроизведения подписи) Исполнителя, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего договор лица.

7.3. Заказчик/Потребитель/законный представитель Потребителя ознакомлен с перечнем выполняемых работ и оказываемых услуг, установленных Приложением № 1 к Лицензии № 78-01-003647 от 01 июля 2013 года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель				Заказчик	
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №33» 197341, СПб, пр. Королёва д.3 к.1 литер А адрес электронной почты: pstom33@zdrav.spb.ru ИНН/КПП 7814030310/781401001 ОКПО 39469730 ОКОГУ 49003 ОГРН 1037832014681 Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПб ГБУЗ «Городская стоматологическая поликлиника №33», л/сч 0151140) р/сч 40601810200003000000 Северо-Западное ГУ Банка России				Заказчик: ФИО	
				выдан когда _____ кем _____	
БИК044030001 ОГРН1037832014681 ОКВЭД85.1 ОКПО39469730				Подпись	
Единый номер для обращения пациентов: 8 800 234 95 33 СПб, пр. Королёва д.3 к.1 литер А Регистратура взрослого отделения: тел.: (812) 301 31 85 Регистратура детского отделения: тел.: (812) 301 27 26 Структурное обособленное подразделение «Московское»: СПб, Ленинский пр., д. 178/191, тел.: (812) 373 27 08; Структурное обособленное подразделение «Петроградское»: СПб, ул. Рентгена, д. 23, тел.: (812) 232 44 50 Структурное обособленное подразделение «Василеостровское»: СПб, В.О., ул. Наличная, д. 27, тел.: (812) 356 15 29				Потребитель ✓ Законный представитель Потребителя ФИО Он же адрес регистрации _____	
Главный врач _____ Р.А.Розов				телефоны _____ эл. почта _____ паспорт серия _____ номер _____ выдан когда _____ кем _____	
Лицо, подготовившее договор от имени Исполнителя: Должность Медрегистратор				<i>Обязательно для заполнения в отношении пациента (потребителя) - несовершеннолетнего ребенка либо недееспособного гражданина</i> ФИО _____ Дата рождения _____ Подпись _____	

Обязательно для заполнения представителем несовершеннолетнего ребенка либо недееспособного гражданина

Я являюсь законным представителем	да/нет _____	своего несовершеннолетнего ребенка
Я предупрежден, что предоставление ложных сведений или предоставление поддельных документов влечет ответственность, установленную законодательством	да/нет ✓ _____	недееспособного гражданина
	ФИО _____	
	подпись _____	