

Исполнитель уведомляет **Потребителя (Заказчика)** в соответствии с пунктом 24 Правил предоставления платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен _____/_____

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ВОЗМЕЗДНЫХ УСЛУГ

Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 20», имеющее бессрочную лицензию, выданную Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (СПб, ул. Малая Садовая, д.1/25, тел. 5713406) № Л041-01148-78/00366489 от 23.04.2019 г. на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; челюстно-лицевой хирургии; физиотерапии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача **Голинского Юрия Георгиевича**, действующего на основании Устава с одной стороны, и _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать **Потребителю** по его желанию следующую возмездную медицинскую услугу(-и):

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. **Потребитель** информирован о возможности и порядке получения медицинских услуг в стоматологической поликлинике № 20, а также на территории Санкт-Петербурга на бесплатной основе (приём и консультация врача-специалиста) согласно Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в течение 14 рабочих дней со дня обращения.

2.2. Исполнитель оказывает услуги **Потребителю** в _____

2.3. Ответственный за заполнение и исполнение договора _____

2.4. Условия и сроки ожидания услуги определяются датой назначения к врачу (специалисту) по выбору **Потребителя** с учетом специфики услуги.

2.5. Срок предоставления услуги _____

3. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуги определяется в соответствии с действующим в учреждении прейскурантом и составляет _____ руб. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом **Потребителя** и согласовать их предоставление с **Потребителем**.

3.2. Оплата услуг может осуществляться в форме предоплаты в размере не менее 50 %. Окончательный расчет осуществляется в день оказания услуг. Предварительная оплата учитывается при окончательном расчете.

3.3. Порядок платежа:

- путем перевода причитающихся **Исполнителю** сумм на его расчетный счет;

- путем наличного платежа в кассу **Исполнителя**, платежа банковскими картами через POS-терминал с выдачей документа, подтверждающего оплату услуг (контрольно – кассового чека, квитанции или бланка строгой отчетности).

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить **Потребителя** в установленном в учреждении порядке информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.

4.1.2. Обеспечить предоставление медицинских услуг в соответствии с предметом настоящего договора силами своих и привлекаемых специалистов в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

4.1.3. Информировать **Потребителя** о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, последствиях, ожидаемых результатах и возможных осложнениях с учетом профессиональной специфики медицинской услуги.

4.1.4. В отдельных случаях определить для пациента гарантийный срок и срок службы, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства **Исполнителя** сохраняются.

4.1.5. По просьбе **Потребителя** после исполнения договора **Исполнитель** выдает 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, согласно порядку и условиям предусмотренным законодательством Российской Федерации (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»).

4.2. **Потребитель** обязан:

4.2.1. Предоставить **Исполнителю** информацию о состоянии своего здоровья, в т.ч. о перенесенных заболеваниях, травмах, проведенном ранее лечении, имеющихся аллергических реакциях, противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут оказать влияние на качество оказываемых **Исполнителем** услуг.

4.2.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации **Исполнителя** для достижения и сохранения результатов лечения.

4.2.3. Своевременно являться на лечебные и профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине предупредить об этом **Исполнителя** не менее, чем за 6 (шесть) часов.

4.2.4. Оплатить услуги **Исполнителя** в срок в порядке, предусмотренном настоящим договором, по расценкам прейскуранта, с которыми **Потребитель** предварительно ознакомился.

4.2.5. При прохождении лечения ознакомиться и соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги **Потребитель** вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков выполненной работы (оказанной услуги);

- соответствующего уменьшения цены выполненной работы (оказанной услуги);

- безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы. При этом **Потребитель** обязан возвратить ранее переданную ему исполнителем вещь;

- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы (оказанной услуги) своими силами или третьими лицами.

5.2. **Потребитель** проинформирован, что побочные эффекты и осложнения оказываемой стоматологической услуги могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма **Потребителя**, используемых технологий и специфики стоматологического лечения. **Исполнитель** оказывает услугу с соблюдением всех необходимых требований, тем не менее вероятность осложнений не может быть исключена.

5.3. В случае невозможности выполнения услуги, возникшей по вине **Потребителя** или при отказе **Потребителя** от исполнения договора, **Потребитель** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные им расходы.

5.4. **Исполнитель** вправе отсрочить или отменить прием **Потребителя**, в том числе в день приема, в случаях:

а) состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения **Потребителя**;

б) когда действия **Потребителя** угрожают жизни и здоровью персонала;

в) когда состояние здоровья **Потребителя** не позволяет оказать услугу надлежащего качества;

г) обнаружения у **Потребителя** противопоказаний, как местных, так и по общему состоянию организма; аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения поликлиники.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Договор может быть расторгнут по инициативе **Потребителя**, по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия между сторонами, возникающие из настоящего договора или связанные с ним, могут решаться путем переговоров, привлечения медиаторов, в судебном порядке с учетом права **Потребителя** на выбор территориальной подсудности рассмотрения спора в соответствии с законодательством РФ.

7.2. Форма и способ направления обращений и жалоб:

- лично (каб. 41, с 9.30 до 17.00 часов);

- по почте: 198302, г. Санкт-Петербург, ул. Маршала Казакова, 14/3;

- в форме электронного документа по электронной почте pstom20@zdrav.spb.ru.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до исполнения ими принятых на себя обязательств.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

8.3. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи – факсимиле в деловой переписке, при подписании настоящего Договора, приложений и дополнительных соглашений к нему.

8.4. Во всем остальном, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.5. Своей подписью в настоящем договоре **Потребитель** подтверждает, что получил исчерпывающую информацию о предоставляемой услуге, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. Данная информация в доступной форме включает, в том числе, сведения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанном с ними риске, возможных вариантах выполнения медицинской услуги и их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 20»

198302 Санкт-Петербург, ул. Маршала Казакова, 14/3

ОГРН 1027802748005 ИНН 7805025032

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 23.11.11 г. 78 № 008483204 за гос. № 9117847407911, выдано МИ ФНС № 15 по С-Петербургу

тел/факс: (812) 758-42-55

Главный врач _____ **Ю.Г. Голинский**

Потребитель (Заказчик):

Потребитель является Заказчиком

ФИО _____

Адрес: _____

_____ серия _____ № _____
(вид документа)

Выдан « _____ » _____ г.

_____ (кем)
телефон +7 (_____) _____

_____ (подпись)