

ДОГОВОР № _____

на оказание платных стоматологических медицинских услуг

г. Киров

«__» _____ 20__ г.

КОГБУЗ «Кировский клинический стоматологический центр» (лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана 07.11.18. бессрочно министерством здравоохранения Кировской обл. (610019 г. Киров ул. К. Либкнехта, 69, тел. 27-27-25) регистрационный номер: Л041-01160-43/00328187) по стоматологии: терапевтической, хирургической, ортопедической, детской; ортодонтии, другим услугам, оказываемым по лицензируемому виду деятельности), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Халявиной Ирины Николаевны, действующей на основании Устава и, с одной стороны, и

_____ (медицинская карта № _____)
паспорт: _____ выдан «__» _____
адрес места жительства: _____, тел. _____
именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель с согласия Пациента обязуется оказать Пациенту платные стоматологические медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.
- 1.2. Имя лечащего врача, выбранного Пациентом, который является работником Исполнителя и оказывает услуги Пациенту от имени Исполнителя, прописывается в приложении к настоящему договору.
- 1.3. Услуги по настоящему договору оказываются Исполнителем в условиях амбулаторно-поликлинического приёма. Срок ожидания платных медицинских услуг согласовывается с Пациентом при записи на прием.
- 1.4. Перечень услуг, оказываемых Пациенту по настоящему договору, срок их оказания и стоимость таких услуг, определяется сторонами и оформляется приложением(ями) к настоящему договору.
- 1.5. Срок действия настоящего договора определяется сторонами с момента его заключения и по _____.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. До начала лечения обеспечить подписание Пациентом Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
- 2.1.2. После подписания Пациентом информированного согласия, указанного в п. 2.1.1. Договора, провести клинический осмотр, обследование Пациента для установления диагноза.
- 2.1.3. Обеспечить подписание Пациентом до начала лечения Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по установленному диагнозу, доведя до Пациента в доступной для него форме информацию о предполагаемом ходе лечения, его стоимости, возможном изменении согласованного лечения и изменении его стоимости, о возможных осложнениях при проведении лечения.
- 2.1.4. Отрастить в медицинской карте стоматологического больного данные о результатах обследования Пациента, диагноз, лечение.
- 2.1.5. Оказать услуги в объеме согласно приложений к Договору надлежащего качества, с использованием имеющихся у него материалов и оборудования, в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями по установленному диагнозу, утвержденными в соответствии с требованиями Федерального закона N323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".
- 2.1.6. Осуществлять лечение в соответствии с принципами медицинской этики, хранить врачебную тайну.

2.2. Исполнитель вправе:

- 2.2.1. Изменять план лечения после согласования с Пациентом с обязательным внесением соответствующей записи об этом в медицинской карте стоматологического больного за подписью Пациента.
- 2.2.2. В случае уважительной причины провести замену лечащего врача по согласованию с Пациентом.

2.3. Пациент обязан:

- 2.3.1. При заключении настоящего договора предъявить Исполнителю паспорт гражданина РФ, или иной документ, удостоверяющий личность в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 2.3.2. После получения от Исполнителя всех необходимых разъяснений подписать Информированное согласие на проведение лечения. Без подписания Информированного добровольного согласия оказание стоматологической помощи Пациенту по настоящему Договору не возможно
- 2.3.3. Оплатить услуги Исполнителя в полном объеме непосредственно после согласования документов, указанных в п. 2.1.1., 2.1.3.
- 2.3.4. Достоверно и в полном объеме сообщать всю информацию о своём здоровье как при заполнении карты здоровья, так и в ходе лечения в случае изменения состояния здоровья.
- 2.3.5. Являться на лечение в установленное время. О невозможности явки сообщать по тел. **64-26-51** и/или по электронной почте kstp@e-kirov.ru в срок не менее, чем за 24 часа до указанного времени.
- 2.3.6. Выполнять все указания лечащего врача, все рекомендации по гигиене полости рта, режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента и правила поведения Пациента в медицинских организациях.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. Получать всю необходимую информацию о ходе оказания ему услуг по настоящему договору. Информация должна быть достоверной, полной и доведена до Пациента в доступной для него форме.
- 2.4.2. В случае оказания стоматологических медицинских услуг ненадлежащего качества, предъявить требования, предусмотренные законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.92.
- 2.4.3. Потребовать от Исполнителя предоставления в доступной для него форме информации о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

При этом Пациент направляет такой запрос Исполнителю в письменной форме с указанием адреса почтовой и/или электронной почты, по которому такая информация должна быть предоставлена и в форме каких документов. Исполнитель обязан ответить на такой запрос в течение 30 дней.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, оплачиваются Пациентом по прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания услуг Пациенту.
- 3.2. Расчёты по Договору осуществляются в кассе Исполнителя в наличной и/или безналичной форме по выбору Пациента.

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

- 4.1. Исполнителем устанавливаются гарантийные сроки на оказанные услуги в соответствии с Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», утверждённым у Исполнителя.
- 4.2. В исключительных случаях Исполнитель вправе устанавливать иные гарантийные сроки, что отражается в Акте об оказанных медицинских услугах за подписью Пациента.
- 4.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент ознакомлен с утверждёнными Исполнителем: Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», «Сроки оказания услуг» и с «Правилами внутреннего распорядка (информация для пациентов)» (документы размещены на официальном сайте «кксп.рф» и на информационных стендах Исполнителя).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. При расторжении настоящего договора до окончания его исполнения (за исключением наступления форс-мажорных обстоятельств, ответственность при которых по Договору не наступает), Исполнитель возвращает Пациенту уплаченную сумму, за вычетом фактически оказанного объема услуг и стоимости потраченных для этого материалов.
- 5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае недобросовестного выполнения Пациентом п. 2.3.4. Договора, что послужило причиной возникновения осложнений в ходе лечения по Договору, а так же по окончании лечения.
- 5.3. В случае нарушения установленных сроков оказания услуг в соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель уплачивает Пациенту пеню в размере 3% от суммы за каждый день просрочки.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 6.1. Все обращения сторон будут считаться направленными по надлежащим адресам в случае их направления по адресам (в том числе по адресу электронной почты), указанным в Договоре
- 6.2. Во всём, что не урегулировано Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
- 6.3. Любые изменения и дополнения к Договору оформляются сторонами в письменном виде.
- 6.4. Стороны договорились, что факсимильное воспроизведение подписи является допустимым в рамках настоящего договора.
- 6.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:

(подпись)

Исполнитель:

КОГБУЗ «ККСЦ» ОГРН 1184350012802 выдано свид-во 15.10.18.
ИФНС РФ по г. Кирову, ИНН 4345485120
Почтовый адрес: 610020 г. Киров ул. К. Либкнехта, 92
Адрес электронной почты: kstp@e-kirov.ru
тел.: (8-8332) 64-52-77; 64-26-51 факс 64-97-44

Главный врач _____ /И. Н. Халявина/