

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет ЗАКАЗЧИКА о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медработника, 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 Заказчика

Дата « _____ » _____ 201_____ Подпись пациента _____

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг

г. Казань _____ от _____
АО «Детская стоматологическая поликлиника №9», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Салимовой Лейсан Рифатовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и граждан _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), в лице своего законного Представителя (указать кто – мать/отец/опекун/попечитель) _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Представитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1 «Исполнитель» обязуется по желанию и согласию пациента при наличии медицинских показаний в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в «Медицинскую карту стоматологического больного» предоставить «Потребителю» (Заказчику) стоматологические услуги, а «Потребитель» (Заказчик) (его Представитель) обязуется своевременно оплачивать оказываемые услуги в соответствии с установленным «Исполнителем» прейскурантом, действующим на день их оказания.

1.2 Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, определяется и оформляется дополнительным соглашением к договору стоматологических услуг.

2. Условия оказания услуг.

2.1. Режим работы «Исполнителя» устанавливается по решению администрации поликлиники и доводится до сведения «Потребителя» (Заказчика).

2.2. «Исполнитель» оказывает медицинские услуги в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих предоставление медицинских услуг.

2.3. Для безопасности и эффективности стоматологического лечения «Потребитель» (Заказчик) (его представитель) до начала лечения обязан заполнить «Анкету о состоянии здоровья пациента», которая является неотъемлемой частью настоящего договора и находится на хранении у «Исполнителя».

2.4. Необходимым условием исполнения договора является информированное добровольное согласие «Потребителя» (Заказчика) на проведение медицинского вмешательства и согласие с предложенным планом лечения, оформленное подписью «Потребителя» (Заказчика). Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что «Потребитель» (Заказчик) достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способах диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного согласия «Потребителя» (Заказчика) на предложенный план лечения.

2.5. На предоставление платных медицинских услуг по требованию «Потребителя» (Заказчика) или «Исполнителя» может быть составлена смета.

2.6. Стороны соблюдают конфиденциальность в отношении информации, полученной ими при исполнении условий и вмешательств настоящего договора. Передача информации при исполнении обязательств по настоящему договору третьим лицам может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. «Потребитель» (Заказчик) дает согласие на обработку персональных данных, оформленное подписью.

2.7. Своей подписью «Потребитель» (Заказчик) подтверждает, что при заключении договора ему предоставлена в доступной форме полная информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской услуги и стандарты медицинской услуги, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской услуги без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. Гарантийный срок на работы (услуги) выполненные специалистами Исполнителя устанавливаются в соответствии с Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в АО «Детская стоматологическая поликлиника №9».

3. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

3.1. Согласованная сторонами по результатам первичного обследования и диагноза, предварительная стоимость стоматологических услуг по настоящему договору определяется в соответствии с предварительным планом лечения. Расчет стоимости платных медицинских услуг производится в соответствии с действующим прейскурантом на момент оказания услуг.

3.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ в процессе оказания услуг предварительная стоимость может быть изменена по согласованию сторон с учетом уточненного диагноза и дополнительных затрат на лечение.

3.3. Своей подписью в настоящем договоре «Потребитель» (Заказчик) подтверждает свое согласие с прейскурантом по стоматологии, а также с тем, что окончательная стоимость стоматологических услуг по настоящему договору будет известна только после их полного фактического оказания.

3.4. Оплата окончательной стоимости стоматологических услуг (каждого лечебного мероприятия) в полном объеме (с учетом положений п. 3.2. настоящего договора) производится «Потребителем» (Заказчиком) в день их оказания, по расценкам действующего прейскуранта, после каждого приема у лечащего врача путем внесения денежных средств в кассу «Исполнителя» или в другой форме согласованной сторонами.

3.5. Срок исполнения обязательств «Исполнителем» по настоящему договору определяется временем, необходимым для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами (дополнительным соглашением), в соответствии с согласованным с «Потребителем» (Заказчиком) и лечащим врачом предварительным планом лечения и сроками, внесенными в «Медицинскую карту стоматологического больного».

3.6. По факту полного завершения каждого лечебного мероприятия, предусмотренного планом лечения, стороны подписывают акт выполненных работ с указанием перечня и стоимости предоставленных услуг.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. «Исполнитель» имеет право:

4.1.1. Оказать «Потребителю» (Заказчику) стоматологические услуги в соответствии с прейскурантом по стоматологии, действующим на день оказания услуг и лицензии № ЛО-16-01-006962 (При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии; неотложной медицинской помощи; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; эпидемиологии; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; 3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим; 2) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности), выданной 26 июня 2018 г. Министерством Здравоохранения РТ, г. Казань, ул. Островского, 11/6, тел: (843) 231 79 20, согласно стандартам качества их исполнения.

4.1.2. С согласия Потребителя (Заказчика) привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору специалистов из других лечебно-профилактических учреждений, а также использовать их медицинское оборудование и технику для проведения диагностических исследований, отсутствующих у «Исполнителя».

4.1.3. Получать у «Потребителя» (Заказчика) необходимые для оказания медицинских услуг сведения.

4.1.4. Отказать в оказании услуги «Потребителю» (Заказчику) в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; при наличии у «Потребителя» (Заказчика) медицинских противопоказаний; действия «Потребителя» (Заказчика) (его Представителя) угрожают жизни и здоровью персонала; требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте; отказаться от исполнения обязательства по договору при невыполнении Потребителем (Заказчиком) требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг.

4.2. «Исполнитель» обязан.

4.2.1. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения и медицинские технологии, разрешенные к применению в установленном законодательством порядке.

4.2.2. Обеспечить «Потребителя» (Заказчика) информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения платных услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о наличии лицензии № ЛО-16-01-006962 выданной 26 июня 2018г. на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов.

4.2.3. Предоставить «Потребителю» (Заказчику) сведения об основных потребительских свойствах оказываемой услуг, в том числе возможных неблагоприятных последствиях не по вине Исполнителя, своевременно информировать о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от «Потребителя» (Заказчика), которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

4.2.4. Предоставлять медицинские услуги в сроки, установленные настоящим договором (дополнительным соглашением) в зависимости от диагноза и предварительного плана лечения, внесенных в «Медицинскую карту стоматологического больного»

4.2.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Потребителя» (Заказчика). Без согласия «Потребителя» (Заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.2.6. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований.

4.2.7. Соблюдать конфиденциальность персональных данных «Потребителя» (Заказчика).

4.2.8. Оказывать медицинские услуги, являющиеся предметом настоящего договора, только после получения от «Пациента» (Заказчика) информированного согласия.

4.3. «Потребитель»(Заказчик) имеет право:

4.3.1. Получать от «Исполнителя» информацию о требованиях нормативных актов по предоставлению платных медицинских услуг, об оказываемых услугах, условиях предоставления этих услуг, о льготах предоставляемых при оказании медицинских услуг в соответствие с законами и иными нормативными актами, сертификате соответствия используемого оборудования и медикаментов и лицензии на медицинскую деятельность.

4.3.2. «Потребитель» (Заказчик) вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору

4.3.3. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

4.4. «Потребитель» (Заказчик) обязан:

4.4.1. Своевременно оплатить оказанные «Исполнителем» медицинские услуги в соответствии с прейскурантом, с которым «Потребитель» (Заказчик) ознакомлен до подписания договора (дополнительного соглашения), действующим на день оказания услуг.

4.4.2. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача, обеспечивающие качественное оказание «Исполнителем» медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, указанных в «Анжете», заполняемой пациентом или сотрудником клиники со слов пациента.

4.4.3. Сообщить обо всех изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментах при каждом посещении лечащего врача.

5. Ответственность сторон.

5.1. «Исполнитель» освобождается от ответственности за возникшие осложнения или побочные эффекты при оказании медицинских услуг, если им приняты все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае нарушения «Потребителем» (Заказчиком) требований, обеспечивающих качественное оказание услуг.

5.2. Порядок и сроки удовлетворения «Исполнителем» отдельных требований «Потребителя» (Заказчика), а также ответственность за нарушение этих сроков регулируется Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3. «Потребитель» (Заказчик) несет ответственность, предусмотренную законодательством и договором за неисполнение ненадлежащее исполнение условий договора, невыполнение требований, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, за последствия в случае невозможности исполнения договора, возникшего по его вине.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством.

5.5. Претензии и споры, возникшие между «Исполнителем» и «Потребителем» (Заказчиком), разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ и РТ.

5.6. В случае, когда невозможность исполнения договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Потребитель» (Заказчик) возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

6. Порядок изменения и расторжения договора.

6.1. Все дополнения и изменения к настоящему договору действительны лишь в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченным на то лицами.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и иным основаниям, предусмотренным законодательством.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру, для каждой из сторон.

6.4. Договор считается расторгнутым по инициативе «Потребителя» (Заказчика) в случае: - отказа от получения медицинских услуг после заключения договора; - не явки на прием (осмотр) более 2х месяцев, при этом «Потребитель» (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору (в т.ч. расходов по изготовлению ортодонтических или ортопедических конструкций для «Потребителя» (Заказчика), а также прочих расходов, связанных с их изготовлением).

6.5. Договор вступает в силу с момента его подписания, действует сроком 5 лет и распространяются на все последующие случаи обращения «Потребителя» (Заказчика) к «Исполнителю» для оказания ему стоматологических услуг.

7. Адреса и реквизиты сторон.

«Исполнитель»:

АО «Детская стоматологическая поликлиника №9»
РТ, 420103, г. Казань, пр. Ямашева, д.52
ОГРН 1171690080803, выдан 09.08.2017 г.
Межрайонной инспекцией налоговой службы №5 по РТ
Лицензия № ЛО-16-01-007362 от 07.02.2019г.
Выдана МЗ РТ г. Казань, ул. Островского, д.11/6
(843)231-79-20
р/с 40702810462000028287
в Отделении «Банк Татарстан» №8610 ПАО «Сбербанк»
ИНН/КПП 1657239446/165701001
Подпись _____/Л.Р.Салимова/

«Потребитель» (Заказчик):

Ф.И.О. _____
Паспорт _____

Адрес _____
Контактный телефон _____
Подпись _____/_____