Настоящим подтверждаю, что информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) 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.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 *(подпись, расшифровка)*

**Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на предоставление платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 11», в дальнейшем именуемое **«Исполнитель»**, в лице главного врача Черемисовой Елены Викторовны, действующей на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­,

(фамилия, имя, отчество полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем  **«Потребитель»,** в случае непосредственного получения медицинских услуг или **«Заказчик»**, в случае заключения договора в интересах третьего лица (**Потребителя**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,с другой стороны, заключили (фамилия, имя, отчество полностью)

Настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. Потребитель (Заказчик) поручает, а Исполнитель принимает на себя за счёт и за вознаграждение, уплачиваемое Потребителем (Заказчиком), оказание медицинских услуг Потребителю, отвечающих требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, и разрешенным на территории РФ, в соответствии с лицензией и прейскурантом Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, а также их стоимость содержится в Приложении № 1 к настоящему договору, которое является неотъемлемой частью Договора.
	2. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя ради санации имеющегося заболевания, предотвращения прогрессирования заболевания, снижение вреда от заболевания, и имеют вероятность проявления осложнений.
	3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке законодательством РФ, в полном объеме, либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
2. **Сведения об исполнителе**
	1. **Исполнитель** оказывает платные медицинские услуги по перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя (далее - медицинские услуги) в соответствии с бессрочной лицензией на осуществление медицинской деятельности: № Л0 41-01148-78/00350211 от 25.06.2020 г, выданной **Исполнителю** Комитетом по здравоохранению (адрес: 191011, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. 8(812) 595-89-79).
	2. Виды услуг (работ) выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида 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; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; физиотерапии; - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; физиотерапии; - при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

* 1. Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 28 декабря 2002 года за основным государственным регистрационным номером 1027802731021, выданное инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Кировскому району Санкт-Петербурга.
1. **Условия и порядок исполнения Договора**
	1. Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** по месту своего нахождения по адресу: 198216, г. Санкт-Петербург, пр. Ленинский, дом №138/5, литер Б, в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №11» (далее – Правила предоставления платных медицинских услуг).
	2. Медицинские услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения, как перечня определенных диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с планом лечения. Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяется врачом по медицинским показаниям и на основании волеизъявления **Потребителя** и отражается в медицинской карте, заказ-наряде **Потребителя.**
	3. Cрок оказания медицинских услуг определяется исходя из конкретного вида медицинской помощи, индивидуального объёма оказываемых услуг (План лечения) и согласовывается с Потребителем.

 С "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

* 1. Ответственный за исполнение условий договора (Ф.И.О., должность врача)
	2. Срок ожидания планового оказания платной медицинской помощи не более 14 дней со дня обращения, срок ожидания диагностических исследований не более 3 дней со дня обращения.
	3. В случае прекращения действия настоящего Договора по любым основаниям, все отношения, связанные с услугами, оказание которых было начато **Исполнителем** в интересах **Потребителя** (**Заказчика**) в течение срока действия настоящего Договора, продолжают регулироваться условиями настоящего Договора до их прекращения в соответствии с положениями настоящего Договора.
	4. Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора, с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.
	5. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **Потребителя** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
1. **Права и обязанности Сторон**
	1. **Потребитель имеет право:**
		1. Ознакомиться с перечнем платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях, действующим на момент обращения (далее Прейскурант).
		2. Ознакомится с Правилами предоставления платных медицинских услуг.
		3. Ознакомиться с Положением «О гарантийных сроках и сроках службы».
		4. Выбрать конкретного медицинского работника **Исполнителя** для оказания медицинской услуги. Время и дата визита к медицинскому работнику **Исполнителя**, согласовывается обеими сторонами.
		5. Получать информацию об объеме и качестве оказанной медицинской услуги.
		6. На получение заверенных копий медицинской документации и ознакомление с медицинской документацией.
		7. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	2. **Потребитель обязан:**
		1. Удостоверять личной подписью формы информированного добровольного согласия на проведение лечения (отказа от медицинского вмешательства), показанного ему по состоянию здоровья, а также другие документы, связанные с оформлением услуг, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего договора.
		2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
		3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, указания, предписанные на период после оказания услуг, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
		4. Являться на прием в назначенное время или предупреждать **Исполнителя** по телефону или лично о невозможности явиться на прием в установленное время не позднее, чем за 1 (один) рабочий день.
		5. Ознакомиться с планом лечения и информацией, полученной от лечащего врача по каждому виду планируемого вмешательства.
		6. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. При отказе от медицинского вмешательства Потребителю (Заказчику) в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.
		7. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги и объемом, выполненных услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.
		8. Потребитель предоставляет Исполнителю право вести фото и видео протокол манипуляций по выбору врача(ей) Исполнителя, использовать анонимные изображения Потребителя, включая фотографии, видеоролики и рентгенологические снимки, а также фото и видео изображения, изображения, полученные в результате проведения компьютерной томографии, на сайтах в сети Интернет, в научных целях, для научных публикаций и в программах обучения студентов, ординаторов и врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. Потребителя);
	3. **Исполнитель обязан:**
		1. Обеспечить **Потребителя** бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) о медицинских работниках, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги; данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) 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;

г) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

* + 1. Исполнитель устанавливает гарантийные сроки на все виды медицинских услуг согласно Положению о гарантийных сроках и сроках службы при оказании стоматологической помощи в СПБ ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 11» (далее – Положение о гарантийных сроках) при условии выполнения Потребителем рекомендаций врача в полном объеме. Установленные гарантийные сроки отражаются в медицинской документации пациента.
		2. Информировать **Потребителя** о стоимости 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.

* + 1. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения, сроках ожидания соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
		2. Обеспечивать защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
		3. Представлять для ознакомления по требованию **Потребителя**:

а) копию учредительного документа **Исполнителя**;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность **Исполнителя** в соответствии с данной лицензией.

* + 1. Обеспечить качественное предоставление медицинских услуг в соответствии с стандартами и клиническими рекомендациями с которыми можно ознакомиться на сайте ttps://cr.rosminzdrav.ru.
		2. После исполнения договора по письменному требованию выдать потребителю (законному представителю потребителя) выписку из амбулаторной карты, отражающую состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Порядок и условия выдачи, указанных в настоящем пункте медицинских документов, определяются в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;
	1. **Исполнитель имеет право:**
		1. Отказать в оказании медицинских услуг в случаях:

- состояния алкогольного или наркотического опьянения **Потребителя**;

- при нарушении **Потребителем** правил внутреннего распорядка для пациентов в медицинском учреждении;

- когда требуемые **Потребителем** услуги не входят в план лечения и не предусмотрены Лицензией **Исполнителя**;

- несвоевременной оплаты медицинских услуг.

- в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором.

* + 1. Перенести прием опоздавшего **Потребителя** на другой день или другое время.
		2. Получать от **Потребителя** сведения о предыдущем лечении в других медицинских стоматологических учреждениях.
		3. Заменить лечащего врача в случае его болезни, отпуска или психологической несовместимости с **Потребителем.**
1. **Стоимость платных медицинских услуг и порядок их оплаты**
	1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг и действующего на момент обращения **Потребителя** (**Заказчика)** у **Исполнителя** Прейскуранта, и указывается в Приложении № 1 к настоящему договору, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.
	2. **Потребитель** оплачивает стоимость указанных в Приложении медицинских услуг после их фактического оказания путем внесения в кассу **Исполнителя** в день их оказания.
	3. В случае невозможности выполнения услуги, возникшей по вине **Потребителя** или при отказе **Потребителя** от исполнения договора, **Потребитель** возмещает исполнителю фактически понесенные им расходы.
	4. **Потребителю** выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или бланка строгой отчетности).
2. **Ответственность сторон**
	1. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
	2. **Исполнитель** несет ответственность перед **Потребителем** 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.
	3. Исполнитель не несет ответственности перед **Потребителем** в случаях:
		1. Непредставления **Потребителем** информации, указанной в п. 3.2.2 настоящего Договора.
		2. Возникновения осложнений по вине **Потребителя**: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших побочных реакциях, в результате травмы.
		3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.
		4. Повреждения **Потребителем** ортопедических конструкций в результате неаккуратного обращения с ними, либо их утраты.
	4. **Исполнитель** снимает с себя гарантийные обязательства в случаях, связанных с переделкой или исправлением результатов работ в другом учреждении или самим **Потребителем.**
	5. **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением **Исполнителем** методов диагностики, профилактики и лечения (в случаях рецидива хронических стоматологических заболеваний).
	6. 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 (включая несогласованное отключение электроснабжения, водоснабжения), препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
3. **Порядок разрешения споров**
	1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
	2. При предъявлении **Потребителем** и (или) **Заказчиком** требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), **Исполнитель** рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований **Потребителя** Законом РФ «О защите прав потребителя».
	3. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ.
4. **Заключительные положения**
	1. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
	2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом Сторонами.
	3. Ни одна из сторон не имеет права передавать свои права и обязанности по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия на то другой Стороны.
	4. Стороны допускают при заключении и подписании настоящего договора использование Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи - постановки штампа-факсимиле и признают равную юридическую силу за Исполнителем собственноручной и факсимильной подписи.
	5. Документы, подтверждающие постановку диагноза, выбор тактики лечения, объем и сроки проведенного лечения, хронологию лечения, а также анкеты Потребителя, информированные добровольные согласия Потребителя (законного представителя) на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и иные медицинские документы, относящиеся к оформлению услуг по настоящему договору, хранятся у Исполнителя.
	6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
	7. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «11» мая 2023 г. №736), а также с действующими в учреждении:

 - Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

 - Правилами предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №11»;

 - Правилами внутреннего распорядка для пациентов СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №11»;

 - Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №11».

* 1. Настоящий договор подписан в двух экземплярах (по одному экземпляру для каждой Стороны), имеющих одинаковую юридическую силу.
1. **Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель (Заказчик):** |
| СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 11»Адрес:198216, г. Санкт-Петербург, пр. Ленинский, дом №138/5, литер Бтел/факс 409-83-75ИНН 7805021180КПП 780501001ОГРН 1027802731021Дата присвоения ОГРН 28.12.2002л/с 0521008р/с03224643400000007200СЗ ГУ Банка России по Санкт-Петербургу БИК 014030106тел. 8 (812) 409-87-72Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.В. Черемисова  | Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серии \_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(подпись) (ФИО)  |