

**УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ, ПРОСЬБА ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДОГОВОРА  
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ!  
У В Е Д О М Л Е Н И Е**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, дата и год рождения)  
подтверждаю, что до заключения договора об оказании платных медицинских услуг я уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье потребителя.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.  
(подпись Пациента (Законного представителя) \_\_\_\_\_) (дата \_\_\_\_\_)

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**  
« \_\_\_\_\_ » 202 \_\_\_\_\_ г. (ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Стоматологическая поликлиника №3» свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 69 № 00072259 от 20.12.2002 г. выдано Межрайонной ИФНС России № 1 по Тверской области (именуемое в дальнейшем «Исполнитель»), в лице главного врача **Свида В.Л.**, действующего на основании Устава, зарегистрированного в Межрайонной ИФНС России № 12 по Тверской области 23.11.2009 г. и Лицензии № ЛО-69-01-001258 от 27.12.2013 г., выданной отделом лицензирования медицинских учреждений Министерства здравоохранения Тверской области на осуществление медицинской деятельности: рентгенологии, физиотерапии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической и врача стоматолога \_\_\_\_\_

с одной стороны и гражданин (ка) \_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту размещенному на сайте www.sp3-tver.ru и на информационных стендах по адресу: Тверь, Комсомольский пр-т 10 и ул. Артюхиной, д. 11, корп. 5:

ДАТА	КОД	ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ	КОЛ-ВО	СТОИМОСТЬ
ИТОГО				

1.2. «Пациент» ознакомлен с возможностью оказания данной медицинской услуги за счет средств ОМС с использованием медикаментов и пломбирочных материалов входящих в программу территориальной ОМС.

1.3. «Пациенту» было рассказано о порядке получения медицинской помощи в Тверской области, а также о возможности получить бесплатную медицинскую помощь, которая предусмотрена в рамках медицинского обязательного страхования. «Пациент» согласен на получение возмездной медицинской помощи.

1.4. «Пациент» при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых «Исполнителем» услуг, стоимостью и условиями их предоставления и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств или в других медицинских учреждениях.

1.5. Срок действия договора с « \_\_\_\_\_ » 202 \_\_\_\_\_ г. до « \_\_\_\_\_ » 202 \_\_\_\_\_ г.

**2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранта составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ коп.

2.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных данным договором, они выполняются с согласия пациента, по прейскуранту по дополнительному договору.

2.3. Оплата медицинских услуг производится по факту через кассу в регистратуре ГБУЗ «СП № 3». Оплата услуг по зубопротезированию производится путем авансирования в размере не менее 20% от конечной суммы или 100% предоплаты.

**3. ГАРАНТИЯ**

- 3.1. Срок гарантии на выполненные услуги 1 год.
- 3.2. Гарантия действует при условиях соблюдения пациентом всех рекомендаций лечащего врача.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. При оказании платных медицинских услуг «Исполнителем» применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, информация о которых по требованию потребителя (Заказчика) будет предоставлена ему в доступной форме.

4.2. «Исполнитель» обязан:

- предоставить «Пациенту» достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге;
- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.

4.3. При предоставлении платных медицинских услуг «Исполнитель» обеспечивает:

- соблюдение порядков оказания медицинской помощи, а также стандартов медицинской помощи;
- соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.4. «Исполнитель» имеет право назначать «Пациента» при его согласии для продолжения лечения другому лечащему врачу в случае возникновения непредвиденных обстоятельств.

4.5. «Пациент» обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- выполнять рекомендации врача обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги.

4.4. «Пациент» имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге, её стоимости;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае не надлежащего оказания услуги «Пациент» вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. При прерывании лечения по инициативе «Пациента», «Пациент» оплачивает выполненный объем работы.

5.4. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

**6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.3. Возврат денежных средств осуществляется согласно письма Минфина РФ от 4 мая 2009 г. № 02-03-09/1845 безналичным расчетом, путем перечисления на счет пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ: \_\_\_\_\_

В связи с чем лечение (зубопротезирование) проводится без гарантии.

С предложенным планом лечения (зубопротезирования) ознакомлен (на) и согласен (на)

Врач \_\_\_\_\_ Пациент \_\_\_\_\_

**8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора.

8.2. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» Пациент (Законный представитель) подписанием настоящего Договора свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие на обработку Исполнителем своих (Пациента) персональных данных во исполнение обязательств по настоящему Договору.

8.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

«Исполнитель»	«Пациент»
ГБУЗ «СП № 3» 170026, г. Тверь, Комсомольский проспект, 10 тел. (4822) 52-72-72, 55-32-81	Ф.И.О. _____ Амбулаторная карта № _____
Главный врач _____ Свида В.Л.	Телефон _____
Врач _____	Подпись _____