

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ, ПРОСЬБА ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДОГОВОРА ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ!

УВЕДОМЛЕНИЕ

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.

_____ 2026 г.

(подпись Пациента(Законного представителя))

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ «__» _____ 20__ г.

(ортопедическое отделение)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области "Стоматологическая поликлиника № 3, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Свида В.Л. действующего на основании Устава, зарегистрированного в Межрайонной ИФНС России №12 по Тверской области 23.01.2012 г. ГРН 2126952061124; ОГРН 1026900584787; ИНН 6902016070, свидетельства серия 69 №002062818, выданного МИФНС №12 по Тверской области 23.01.2012; лицензии ЛО-69-01-001258 от 27.12.2013 г., выданной отделом лицензирования Министерства здравоохранения Тверской области: г.Тверь, ул.Советская, д.23Б,тел.: 32-04-82, 32-03-51, выполняемые работы и оказываемые услуги: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны, и пациента(ФИО) _____ медицинская карта № _____, (Законный представитель(ФИО) _____), адрес места жительства и номер телефона _____, данные документа, удостоверяющего личность _____, данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя потребителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя, на заключение договора _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель (законный представитель)", с другой стороны и/или «Заказчик» (при его наличии), действующий в интересах Потребителя, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», руководствуясь положениями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановления Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг...", Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", заключили настоящий договор (далее - «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 <https://sp3-tver.ru> и на информационных стендах по адресу: Тверь, Комсомольский пр-т, д.10 и ул.Артюхиной, д.11, корп.5:

Смета						
№	ДАТА	КОД	ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ	СТОИМ	К-во	ИТОГО
1						0,00
2						0,00
3						0,00
4						0,00
5						0,00
6						0,00
7						0,00
8						0,00
9						0,00
10						0,00
11						0,00
12						0,00
13						0,00
14						0,00
15						0,00
ВСЕГО:						0,00

Стоимость медицинской услуги согласно действующего прейскуранта составляет _____

Врач _____ Медсестра _____ Санитарка _____

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

1.3 Оплата медицинских услуг производится по факту через кассу в регистратуре ГБУЗ «СП № 3».

Оплата услуг по зубопротезированию производится путем авансирования в размере не менее 50% от конечной суммы или 100% предоплаты.

2. Условия получения Потребителем медицинских услуг

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1 Сроки оказания медицинских услуг: _____ (сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей-специалистов, установлены Постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497).

2.2 Исполнитель проинформировал Потребителя (законного представителя) и/или Заказчика, а Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик подтверждает, что он проинформирован в полном объеме и в доступной форме:

- об альтернативной возможности получения медицинских услуг за счет бюджетных средств в соответствии с программой государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуги оказываются на платной основе по волеизъявлению Потребителя (законного представителя) и/или Заказчика;
- о том, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;
- о том, что несоблюдение в обязательном порядке указаний и рекомендаций Исполнителя, режима лечения и правил поведения Потребителя в медицинских учреждениях может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно отобразиться на состоянии здоровья

Потребителя;
- по вопросам обеспечения безопасности, антитеррористической защищённости пациентов и эвакуации.

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. «Исполнитель» обязан:
- предоставить «Пациенту» достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге;
 - оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.
- 4.2. «Исполнитель» имеет право назначать «Пациента» при его согласии для продолжения лечения другому лечащему врачу в случае возникновения непредвиденных обстоятельств.
- 4.3. «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 И ПОРЯДОК ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

- 5.1 За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- Исполнитель не несет ответственность за качество и своевременность оказания медицинской помощи в следующих случаях:
- не предоставления Потребителем (законным представителем) полной и достоверной информации, указанной в п. 2.2.1 настоящего Договора;
 - при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Потребителя, в связи с прерыванием/изменением назначенного Потребителю лечения (зафиксированного в медицинской карте пациента) без участия лечащего врача Исполнителя, отказа от необходимого комплекса обследований и медицинских услуг;
 - при возникновении осложнений (иных негативных последствий для здоровья), возникших вследствие реакции организма Потребителя, если медицинские услуги были оказаны Исполнителем в соответствии с п. 2.1.1. Договора;
 - несогласованных с лечащим врачом Исполнителя действий Потребителя (законного представителя) или третьих лиц, которые привели к ухудшению здоровья Потребителя;
 - получения аналогичных медицинских услуг и/или иных медицинских услуг, противоречащих определенному Исполнителем характеру и плану, в сторонних организациях на этапах оказания медицинских услуг Исполнителем;
 - вследствие обстоятельств непреодолимой силы, возникших после даты заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера.
- 5.3 Если Исполнитель при той степени заботливости и осмтрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям настоящего Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия и меры, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания оказанных медицинских услуг ненадлежащим образом.
- 5.4 Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик несет ответственность за соблюдение назначений Исполнителя, за негативные последствия в связи с самовольным прерыванием/изменением схемы лечения, отказом от необходимого комплекса обследований и медицинских услуг, за нарушение сроков и объёмов оплаты за оказанные медицинские услуги.
- 5.5 Копия(выписка из) медицинской документации, отражающая состояние здоровья Потребителя 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 (заключения, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, справки) выдается Потребителю (законному представителю), без взывания дополнительной платы и в предусмотренные нормативными документами сроки; для заключений и справок при личном обращении или на основании запроса в электронной форме, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи.
- 5.6 В случае ненадлежащего 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.
- 5.7 При прерывании лечения по инициативе «Пациента», «Пациент» оплачивает выполненный объем работы.
- 5.8 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. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 9.1 Подписью в настоящем Договоре Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик подтверждает:
- свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, включающих, но не ограничивающихся следующими: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, СНИЛС и т.п.;
 - что он ознакомлен с особенностями своего заболевания, диагноза, методов лечения, прогнозах течения заболевания;
 - что он ознакомлен с особенностями медицинских услуг, их стоимости, условий предоставления, возможных осложнений и исходах оказания медицинских услуг;
 - что ему предоставлена возможность задавать интересующие его вопросы по поводу медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, он получил на них ответы в доступной для своего понимания форме, поняв цель и характер медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, подтверждает свое добровольное согласие на медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
- 9.2 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 9.3 Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик может ознакомиться с правилами, документами и формами, указанными в настоящем Договоре и относящиеся к оказанию медицинских услуг, являющихся предметом настоящего Договора на информационных стендах Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя <https://sp3-tver.ru/>

АКТ № _____ от _____ 2026г

от _____ 2026 г. на оказание платных медицинских услуг

об исполнении обязательств по договору № _____

Настоящим актом стороны подтверждают надлежащее исполнение взаимных обязательств по оказанию платных медицинских услуг и их оплату в полном объеме согласно перечня услуг, а также отсутствие взаимных претензий на момент подписания настоящего акта.

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель	Потребитель
ГБУЗ «СП № 3» 170001, Тверская область, г.Тверь, Комсомольский проспект, д.10 Тел.: (4822)52-72-72, 55-32-81 Главный врач _____ Свида В.Л.	ФИО _____ Паспорт _____ Адрес _____ Телефон _____
Врач _____ М.П.	Подпись _____

