

Уведомление

Дата _____ 202__ г.

До заключения договора Исполнитель (структурное клиническое подразделение ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России) доводит до сведения Заказчика/Потребителя фамилия и инициалы _____ о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) и 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/Потребителя.

Заказчик/Потребитель настоящим договором подтверждает, что Исполнителем разъяснено право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы.

До подписания настоящего договора Заказчик/Потребитель ознакомился на информационном стенде структурного клинического подразделения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, или на сайте Исполнителя с: Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг; Порядком оказания платных медицинских услуг; Правилами внутреннего распорядка; Положением о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных стоматологических медицинских услуг; положениями и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами; с информацией о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

«___» _____ 202__ г

(подпись)

(расшифровка подписи)

ДОГОВОР № _____

ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

«___» _____ 202__ г.

г. Ставрополь

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России), действующего на основании Устава, лицензии № ФС-26-01-001979 от 17.12.2019 года (срок действия – бессрочная) выданной Министерством здравоохранения Ставропольского края (тел. 8 (8652) 35-45-71, адрес г. Ставрополь, ул. Артёма, д.9), приказа (распоряжения) лицензионного органа №П26-175/22 от 30.12.2022 года по перечню работ (услуг) размещенных на официальном сайте stgmu.ru в лице главного врача Шевелевой Светланы Ивановны структурного клинического подразделения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России стоматологическая поликлиника, (именуемый в дальнейшем «Исполнитель») заключил настоящий договор с Заказчиком (Ф.И.О. полностью) _____, или договор в пользу потребителя (либо законного представителя потребителя) (Ф.И.О. полностью) _____ дата рождения _____, паспорт: серия _____ № _____ выдан (когда, кем) _____ проживающий по адресу _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Потребителю медицинские услуги (далее услуга), на основании информированного добровольного согласия на предоставление платной медицинской услуги Заказчику/Потребителю, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, по месту нахождения по адресу г. Ставрополь, (адрес структурного клинического подразделения) ул. М.Морозова ба.
- 1.2. Подписывая этот договор, Заказчик/Потребитель (законный представитель потребителя) подтверждает, что ознакомлен и соглашается с предложенным планом обследования и планом лечения.
- 1.3. Платные стоматологические медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия (приложение 1 к настоящему договору) Заказчика/Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Перед подписанием информированного добровольного согласия Заказчиком/Потребителем (законным представителем потребителя), врач знакомит Заказчика/Потребителя (законного представителя потребителя) с методами оказания медпомощи возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, о возможных осложнениях при проведении данного вида медицинских услуг и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 1.4. На медицинскую услугу, имеющую овеществленный результат, Исполнитель имеет право установить гарантийный срок и (или) срок службы, при этом Исполнитель определяет для Заказчика/Потребителя (законного представителя потребителя) обстоятельства, которые позволяют установить указанные сроки, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства.

2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- Обеспечить Заказчика/ Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемых Заказчику/Потребителю платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения: о лицензии, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) в соответствии с предметом настоящего Договора; о порядке оказания медицинской помощи; о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации специалистов; об оказываемой услуге, об установленных сроках годности препаратов и медицинских изделий (материалов), применяемых при оказании Заказчику/Потребителю медицинских услуг; о гарантийном сроке, установленном Исполнителем на оказываемые пациенту услуги; о других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
- Представлять для ознакомления по письменному требованию Заказчика/Потребителя: копию учредительного документа Исполнителя; копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией. Размещать на информационных стендах (стойках) информацию о сертификатах специалистов.
- При предоставлении услуг организовать и оказывать Заказчику/Потребителю услуги, предусмотренные п. 3.1 настоящего Договора:
 - а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
 - б) в соответствии с порядками и условиями оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – стандарт медицинской помощи);
 - в) по потребности предоставлять услуги в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в объеме, превышающем

объем выполняемого стандарта медицинской помощи и клинических рекомендаций;

- Соблюдать врачебную тайну в порядке, установленном законодательством РФ.

- Представлять по требованию Заказчика/Потребителя материалы и медицинские заключения о ходе оказания услуг и по итогам оказания медицинских услуг.

2.2. Заказчик/Потребитель обязуется:

- Сообщать врачу сведения о состоянии своего здоровья.

- Точно и в срок выполнять все назначения врача, своевременно сообщать врачу об изменениях своего самочувствия.

- Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

- Подписывать своевременно акт об оказании услуг Исполнителем.

- Соблюдать график приема врачей-специалистов, режим лечения, правила внутреннего распорядка.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ рублей _____ копеек (_____ рублей _____ копеек), которую Заказчик вносит в кассу Исполнителя или путем безналичной оплаты до оказания медицинской услуги (100% предоплата). Заказчиком определено, что оплачивает услуги сам

Заказчик или представитель заказчика (Ф.И.О. и родственная связь) по оплате услуг (нужное подчеркнуть или вставить)

3.2. Оплата медицинских услуг (выполняемых работ) производится Заказчиком/Потребителем в следующем порядке:

- При лечении и удалении зубов, при проведении гигиенических манипуляций оплата услуг производится непосредственно после оказания услуг (в конце каждого посещения);

- При проведении ортодонтического лечения предусмотрена поэтапная оплата: 50% стоимости изготовления и установки ортодонтической конструкции оплачивается на этапе подготовки полости рта к ортодонтическому лечению, оставшаяся сумма оплачивается не позднее дня установки ортодонтической конструкции.

Оплата за проведение корректировок конструкции и иных ортодонтических вмешательств производится в день их проведения, после оказания услуг. Тариф составляет:

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Сумма

3.3. После оплаты медицинских услуг Заказчику/Потребителю (законному представителю потребителя) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.4. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

3.5. По завершении работы Заказчик/Потребитель (законный представитель потребителя) подписывает Акт (приложение 2 к настоящему договору) об оказании платных стоматологических медицинских услуг, который содержит полный перечень оказанных услуг, их объем и стоимость.

3.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции по вине Заказчика/Потребителя, оплата за изготовление и фиксацию новой конструкции производится за счет Заказчика/Потребителя в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

2.3. В случае отказа от получения медицинских услуг после заключения договора, договор расторгается. Заказчик/Потребитель (законный представитель потребителя) оплачивает фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. На основании произведенного перерасчета стоимости платных услуг, при рассматриваемых обстоятельствах, излишне оплаченная Заказчиком сумма подлежит возврату. Возврат денежных средств производится на основании заявления Заказчика произвольной формы, с приложением оригинала договора, кассового чека, путем перечисления в безналичной форме на указанные в заявлении банковские реквизиты или возвратом наличных средств в кассе Исполнителя.

2.4. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами согласования.

4. Гарантийные обязательства

4.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком/Потребителем условий настоящего Договора.

4.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие в следствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

4.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/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 Заказчика/Потребителя в размере реально причиненного ущерба.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик/Потребитель вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшение стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания медицинской услуги оказанной ненадлежащим образом.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчику/Потребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. Порядок рассмотрения споров

6.1. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о том, что он может подать обращение (жалобу) лично или письменно по адресу (адрес структурного клинического подразделения ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России: г. Ставрополь, ул. М.Морозова ба, или по электронной почте stompol@stgmu.ru).

6.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров и привлечения независимых экспертов, а в случае не достижения сторонами согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке по месту регистрации Исполнителя.

6.3. В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, а в случае не достижения сторонами согласия, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке по месту регистрации Исполнителя.

6.4. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством

7. Информация о предоставляемой медицинской услуге.

7.1. Перед оказанием услуги в процессе проведения лечебно-диагностических мероприятий врач устанавливает отсутствие противопоказаний. С учетом самой технологии выполнения услуги Заказчик/Потребитель должен знать и осознавать вероятность (но необязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Заказчику/Потребителю. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания услуги не может полностью исключить их вероятность и зависит от состояния здоровья пациента в момент оказания услуги. В случае возникновения осложнений по вине Исполнителя, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи, Исполнитель обязан устранить их без дополнительной оплаты.

7.2. Информация, указанная в настоящем Договоре в отношении Заказчика/Потребителя может быть представлены только следственным и судебным органам в установленном законом порядке.

8. Прочие условия

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору. Сроки оказания медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, определяются назначениями врача Исполнителя и фиксируются в карте.

Примерный срок исполнения договора с _____ по _____.

8.2. Настоящий договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

8.4. Настоящий Договор составлен в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах. Все экземпляры договоров имеют одинаковую юридическую силу. Для договоров на оказание платных медицинских услуг установлен срок хранения пять лет после истечения срока действия договора.

9. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: структурное клиническое подразделение ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России стоматологическая поликлиника ИНН 2633003556, КПП 263401001 Л/с 20216Х80170 ОКЦ № 2 ЮЖНОГО ГУ БАНКА РОССИИ//УФК по Ставропольскому краю г. Ставрополь, БИК 010702101 ОГРН 1022601954715 ЕКС 40102810345370000013 КС 03214643000000012100 КБК: 0000000000000000130 ОКТМО 07701000 Юридический адрес 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, д.310 Фактический адрес: г. Ставрополь, ул. М.Морозова 6а Адрес электронной почты postmaster@stgmu.ru сайт www.stgmu.ru Лицензия № ФС-26-01-001979 от 17.12.2019 года, приказ (распоряжение) лицензионного органа №П26-175/22 от 30.12.2022	Заказчик, представитель заказчика, оплативший услуги (Ф.И.О.) _____ Паспорт серия _____ № _____ выдан (когда, кем) _____ Адрес места жительства, тел _____ _____ Подпись _____ Дата _____ 202__ г.
--	---