Уведомление Потребителя (Пациента, законного представителя)

Мне доведена информация о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций)Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя, мне доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Потребитель _____ _____ _____

(ф.и.о.) **(подпись)** **(дата)**

ДОГОВОР № _____

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пенза «_____»_____202___г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Пензенской области «Пензенская стоматологическая поликлиника», осуществляющее деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-58-01-002378 от 23.03.2020., выданной Министерством здравоохранения Пензенской области, расположенным по адресу: г. Пенза, ул. Пушкина, 163, телефон (8412)63-95-78 на перечень лицензируемых услуг: при осуществлении доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, физиотерапии, стоматологии, стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: физиотерапии; при осуществлении специализированной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по: стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, стоматологии общей практики, ортодонтии; физиотерапии; свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 58 № 000320918 от 04.10.2002., выданного Инспекцией МНС России по Ленинскому району г. Пензы, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и _____ именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель" ("Пациент"), вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязанность оказать «Потребителю» медицинские услуги: по стоматологии ортопедической:

№ п/п	№ зуба	Код	Наименование услуг	Количество	Цена, руб.	Сумма, руб.	Срок оказания услуги:
		Итого:					

по ценам действующего у «Исполнителя» Прейскуранта. Основанием для оказания платных медицинских услуг является свободное волеизъявление «Потребителя». Информированное добровольное согласие, акт выполненных услуг являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

1.2. Дата приемки платных медицинских услуг соответствует дате подписания акта выполненных услуг, а при не подписании акта выполненных услуг «Потребителем» услуги считаются принятыми «Потребителем» при условии отсутствия письменных жалоб «Потребителя» в течение 10 дней с момента заключения договора.

2. Стоимость услуг и порядок расчётов

2.1. "Потребитель" оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому "Исполнителем", действующему на момент оплаты медицинской услуги.

2.2. Общая стоимость услуг, указанных в п. 1.1 договора, составляет _____руб.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится «Потребителем» в следующем порядке:

-оплата по договору в размере не менее 50 % от суммы, указанной в п.1.1. договора, производится предварительно, остальная сумма оплачивается «Потребителем» в момент сдачи-приемки выполненных услуг наличными денежными средствами в кассу учреждения или путем оплаты банковской картой через терминал.

Расчеты производятся с выдачей "Потребителю" контрольно-кассового чека или квитанции строгой отчетности, подтверждающих оплату.

3. Сроки исполнения

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения "Сторонами" своих обязательств.

Срок оказания услуг: до "___"_____202___г.

4. Права и обязанности Сторон

4.1 «Потребитель» имеет право:

4.1.1. В любой момент отказаться от получения платных медицинских услуг и получить оплаченную за них сумму за вычетом фактически понесенных "Исполнителем" расходов. В этом случае «Потребитель» не вправе предъявлять «Исполнителю» претензии по качеству незавершенного лечения.

4.1.2. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. "Потребитель" обязуется:

4.2.1.Оплатить в полном объеме стоимость медицинских услуг, указанных в договоре, рассчитанную согласно Прейскуранта, действующего на момент оплаты медицинской услуги.

4.2.2.Предоставить врачу достоверную информацию о состоянии здоровья, информировать до оказания услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

4.2.3. Следовать плану лечения, являться на прием к врачу вовремя, в согласованные дату и время, соблюдать сроки обращения к врачу для продолжения лечения и профилактических осмотров. В случае невозможности явки на прием заблаговременно предупредить об этом персонал «Исполнителя» (врача, медицинскую сестру или медицинского регистратора).

4.3. "Исполнитель" имеет право:

4.3.1. Определять объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья "Потребителя".

4.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни "Потребителя", самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

4.4. "Исполнитель" обязан:

4.4.1. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

5. Ответственность Сторон

5.1. "Стороны" несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. При несвоевременной оплате оказанных медицинских услуг «Исполнитель» вправе предъявить «Потребителю» пени в размере 0,1 % от суммы недоплаченной «Исполнителю», за каждый день просрочки.

5.3. «Исполнитель» дает гарантию на овеществленные результаты платных медицинских услуг (вкладки, виниры, коронки, зубные протезы) _____ с момента оказания платных медицинских услуг.

6. Рассмотрение споров

6.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на неё не позднее 10 календарных дней с момента получения.

6.2. В случае возникновения разногласий между «Исполнителем» и «Потребителем» по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится комиссией по контролю качества «Исполнителя», согласно действующему законодательству.

6.3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Конфиденциальность

7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

7.2. С согласия "Потребителя" допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным "Потребителем".

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия "Заказчика" допускается в случаях, установленных законодательством РФ об охране здоровья граждан.

8. Дополнительные условия

8.1. Потребитель уведомлен о порядке получения платной медицинской помощи на территории РФ.

8.2. Договор составлен в 2-х экз., имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Приложения к договору являются его неотъемлемыми частями. Всё остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством РФ.

9. Реквизиты сторон

"**Исполнитель**":	**"Потребитель" ("Пациент")**
ГАУЗ ПО «Пензенская стоматологическая поликлиника»	_____
Юридический адрес: 440000, г. Пенза, ул. Володарского, 69	Адрес: _____ _____
тел. (8412) 46-97-02, ОГРН: 1025801356338,	Паспорт РФ, серия и номер: _____
ИНН 5836010441, КПП 583601001,БИК 015655003	Выдан: _____
Место оказания услуг:	Телефон:_____
_____	**Подпись Потребителя**
_____(_____)	**("Пациента"):**_____

М.п.