

ДОГОВОР № _____ /20__
возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская стоматологическая поликлиника №1» (сокращенное наименование – СПб ГБУЗ «ДГСП №1») в лице главного врача Котуровой Ольги Леонидовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и гражданин (-ка)

(Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (-ая) в интересах

(Фамилия, имя и отчество (при наличии) несовершеннолетнего, дата, месяц и год рождения)
именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», руководствуясь Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», иными нормативными документами и действующим законодательством РФ заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

- 1.1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на возмездной основе медицинские (стоматологические) услуги в соответствии с перечнем установленным лицензией Исполнителя.
- 1.2. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания платных медицинских услуг, действующими у Исполнителя и Прейскурантом Исполнителя до заключения настоящего Договора.
- 1.3. Исполнитель предоставил Заказчику следующие сведения
 - порядки оказания медицинской помощи;
 - информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - о возможности, порядке, условиях и сроках получения медицинских услуг без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.
 - другие сведения, относящиеся к предмету Договора.
- 1.4. Конкретный перечень возмездных стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, стоимость стоматологических услуг, сроки их предоставления, содержатся в Приложении №1 к настоящему Договору, являющемуся его неотъемлемой частью.
- 1.5. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, указанных в Приложении №1 к настоящему Договору указываются в Приложении №1.
- 1.6. Исполнитель гарантирует, что услуги по настоящему Договору оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения РФ.
- 1.7. Исполнитель по своему усмотрению и с согласия Заказчика назначает Пациенту специалиста для проведения обследования и лечения (далее - врача).
- 1.8. Исполнитель ведет необходимую медицинскую документацию, обеспечивает ее сохранность, знакомит Заказчика со всей информацией и сведениями, содержащимися в ней согласно действующего законодательства РФ
- 1.9. Результаты осмотра Исполнителем Заказчика, план лечения, изменения и дополнения проводимого лечения, конкретный перечень оказанных медицинских (стоматологических) услуг, отражаются в медицинской карте Заказчика.
- 1.10. Объем подлежащих оказанию медицинских (стоматологических) услуг, ориентировочный срок их оказания (отдельных этапов) согласовывается Сторонами (после осмотра врачом Исполнителя), определяется общим состоянием здоровья Заказчика, медицинскими показаниями, пожеланиями Заказчика и техническими возможностями Исполнителя, что отражается в медицинской документации.
- 1.11. Заказчик соглашается с тем, что стоимость медицинских (стоматологических) услуг, согласованная с Заказчиком после осмотра, является предварительной. Точная стоимость услуг, оказанных Исполнителем, определяется после завершения лечения.
- 1.12. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объеме и способами, предусмотренными Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
- 1.13. Исполнитель оказывает медицинские (стоматологические) услуги по настоящему Договору в помещениях, расположенных по адресу: 199406, город Санкт-Петербург, ул. Шевченко, д.30 литер А.
- 1.14. Заказчик согласен с тем, что при оказании Исполнителем медицинских (стоматологических) услуг возможны изменения в ходе проведения лечебных мероприятий, что может повлечь увеличение стоимости медицинских (стоматологических) услуг и дополнительные расходы со стороны Заказчика. Оказание дополнительных медицинских (стоматологических) услуг осуществляется после согласования с Заказчиком в установленном порядке.
- 1.15. Исполнитель оказывает возмездные медицинские стоматологические услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:
 - номер: Л041-00110-47/00587987 от 09.08.2012 года;

- срок действия: бессрочно;
- лицензирующий орган: Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга;
- сайт в сети Интернет - <https://pstomdl.ru>

1.16. Заказчик подтверждает, что Исполнитель уведомил его о том, что в соответствии со ст.27 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «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.

1.17. Пациент подтверждает, что уведомлен Исполнителем 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.

1.18. При необходимости, а также по требованию Заказчика, Исполнителем в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента обращения составляется смета стоимости возмездных медицинских (стоматологических) услуг, которая с момента ее составления является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.19. Медицинские (стоматологические) услуги на возмездной основе оказываются Исполнителем только при наличии информированного добровольного согласия подписанного Заказчиком в установленном порядке.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 Оказать Пациенту медицинские (стоматологические) услуги надлежащего качества в сроки, необходимые для качественного оказания медицинских (стоматологических) услуг в соответствии с разрешенными для применения на территории РФ методами диагностики, профилактики и лечения по медицинским показаниям, в соответствии с действующим законодательством РФ и объективным состоянием здоровья Пациента.

2.1.2 Обеспечивать реализацию всех прав Заказчика и Пациента, в соответствии с Федеральным законом №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными документами и действующим законодательством РФ.

2.1.3 Предоставить Заказчику и Пациенту достоверную и полную информацию в доступной для него форме о результатах осмотра и о возможности Исполнителя произвести необходимое обследование и лечение, предварительный диагноз и прогноз, план лечения, возможные осложнения, сроки и условия лечения и результаты проведенного лечения.

2.1.4 Использовать при оказании медицинских (стоматологических) услуг методы диагностики, профилактики и лечения, оборудование, инструментарий и материалы, методики, стандарты медицинской помощи, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности с соблюдением предъявляемых к ним требований.

2.1.5 Вести в отношении Пациента установленную медицинскую документацию, записи в медицинской документации могут вестись как от руки, так и в электронном виде путем занесения соответствующей документации в используемую Исполнителем Медицинскую информационную систему.

2.1.6 Довести до Заказчика и/или Пациента полную и достоверную информацию о медицинском персонале Исполнителя, оказывающем услуги (работы), о технологии оказания услуг (выполнения работ), предполагаемых результатах лечения и возможных осложнениях в доступной для Заказчика и/или Пациента форме.

2.1.7 Поставить в известность Заказчика и/или Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, уменьшении срока гарантии, отразив их в медицинской карте Пациента и иных документах.

2.1.8 Предложить Заказчику и/или Пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Заказчиком (Пациентом) и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.1.9 Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных в отношении Заказчика и Пациента, используемых в медицинских информационных системах.

2.1.10 Соблюдать этические и моральные нормы, обеспечивать уважительное и гуманное отношение к Заказчику и Пациенту со стороны медицинских и иных работников Исполнителя, соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, а также врачебную тайну.

2.1.11 Давать при необходимости по просьбе Заказчика и/или Пациента разъяснения о ходе оказания услуг или его законным представителям, а также государственным, судебным и иным уполномоченным органам.

2.1.12 Выдать Заказчику документ, подтверждающий оплату в зависимости от выбранного Заказчиком способа и формы оплаты (кассовый чек, квитанция, иной бланк строгой отчетности).

2.1.13 В случае, если при предоставлении платных медицинских (стоматологических) услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Пациента.

2.2.2. На основании клинических наблюдений и обследований, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливать (или подтверждать) диагноз Пациенту.

2.2.3. Вносить изменения в план лечения в зависимости от состояния Пациента и определять необходимость дополнительных методов обследования и лечения. В случае необходимости оказания дополнительных медицинских (стоматологических) услуг и увеличении стоимости Договора согласовать с Заказчиком изменение стоимости услуг и/или срока их оказания в установленном порядке.

- 2.2.4. Направить Пациента в другие медицинские организации для консультации к другим врачам-специалистам и /или проведения дополнительных диагностических исследований, отсутствующих у Исполнителя, но необходимых для постановки диагноза. Направить Пациента в другие медицинские организации для приобретения медицинских изделий, необходимых для проведения ортодонтического лечения и отсутствующих у Исполнителя.
- 2.2.5. Получать от Заказчика и/или Пациента любую достоверную информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком и/или Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства).
- 2.2.6. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача в запланированный день приёма и невозможности предупредить об этом Заказчика заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Заказчика для Пациента другого лечащего врача соответствующего профиля и квалификации, либо перенести прием на другое удобное для Заказчика и Пациента время.
- 2.2.7. Перенести прием Пациента при обнаружении у него острых состояний (острых и обострениях хронических соматических заболеваний, острых и обострениях хронических заболеваний полости рта и т.п.).
- 2.2.8. Отложить или отменить лечебное мероприятие в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний (в том числе в случае наличия у Пациента признаков алкогольного, токсического или наркотического опьянения), а также при необеспечении Пациентом гигиены полости рта.
- 2.2.9. При опоздании Пациента на прием более, чем на 10 (десять) минут от назначенного Исполнителем времени, перенести лечебное мероприятие на другой срок, согласованный с Заказчиком (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства).
- 2.2.10. Отказать в приеме Заказчику и Пациенту в случае, когда действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя и третьих лиц (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства).
- 2.2.11. При отказе Заказчика от получения медицинской (стоматологической) услуги и требовании о возврате уплаченных денежных средств, удержать с Заказчика фактически понесенные и документально подтвержденные Исполнителем расходы.
- 2.2.12. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями (организациями) и специалистами.
- 2.2.13. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных медицинских (стоматологических) услуг.
- 2.2.14. Отказаться от исполнения настоящего Договора, если Заказчик и/или Пациент своими действиями препятствует его исполнению и после предупреждения не устранил обстоятельства, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказанной услуги).
- 2.3. Заказчик обязуется:**
- 2.3.1. Ознакомиться с информацией, размещенной на стендах в здании Исполнителя или находящейся в папке информации Исполнителя, в том числе с Правилами и порядком предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «ДГСП №1», гарантийными обязательствами, действующим Прейскурантом цен Исполнителя, иными документами Исполнителя.
- 2.3.2. Достоверно и полно сообщать информацию о состоянии здоровья Пациента.
- 2.3.3. Разрешить лечащему врачу Исполнителя проводить до медицинского вмешательства оценку состояния здоровья Пациента. Заказчик дает согласие на проведение лечебных мероприятий с участием других медицинских работников Исполнителя (в случае необходимости).
- 2.3.4. Под личную подпись в Медицинской карте давать лечащему врачу необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента, достоверно и полно сообщить о нём данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех имеющихся или перенесённых ранее заболеваниях, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.
- 2.3.5. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех возникших в процессе лечения изменениях в состоянии здоровья Пациента, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.
- 2.3.6. Являться вместе с Пациентом на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры в назначенное время. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.
- 2.3.7. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских (стоматологических) услуг, соблюдать внутренний распорядок, установленный на территории Исполнителя, соблюдать права других пациентов и персонала учреждения.
- 2.3.8. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов, болевых ощущений и/или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю.
- 2.3.9. При предоставлении Исполнителем гарантийного срока на услуги (работы) с профилактической целью посещать лечащего врача Исполнителя не реже 1 (одного) раза в 6 (шесть) месяцев, или в сроки, определенные лечащим врачом и указанные в медицинской карте.
- 2.3.10. Дать свое информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в отношении Пациента в установленном порядке.
- 2.3.11. Провести все необходимые и согласованные с Исполнителем дополнительные методы обследования, необходимые для проведения дифференциальной диагностики и постановки окончательного диагноза.
- 2.3.12. Удостоверять личной подписью информированные добровольные согласия; анкету (сведения о здоровье Пациента) предложенный план лечения со сроками и стоимостью работ; факт ознакомления с назначениями и

рекомендациями; факт согласия с гарантиями, установленные врачом Исполнителя на оказанные им стоматологические услуги; факт ознакомления с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в СПб ГБУЗ «ДГСП №1»; факт неявки на прием, иную информацию, полученную от лечащего врача. Отказ от подписи удостоверяется подписями лечащего врача и заведующим отделением.

2.3.13. При необходимости временной приостановки оказания услуг письменного уведомить Исполнителя.

2.3.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги в срок и в размере, установленные настоящим Договором и приложениями к нему.

2.4. **Пациент обязуется:**

2.4.1. Ознакомиться с информацией, размещенной на стендах в здании Исполнителя или находящейся в папке информации Исполнителя, в том числе с Правилами и порядком предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «ДГСП №1», гарантийными обязательствами, действующим Прейскурантом цен Исполнителя, иными документами Исполнителя.

2.4.2. Достоверно и полно сообщать информацию Исполнителю о своем состоянии здоровья.

2.4.3. Разрешить лечащему врачу Исполнителя проводить до медицинского вмешательства оценку состояния здоровья.

2.4.4. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех возникших в процессе лечения изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

2.4.5. Являться вместе с Заказчиком на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры в назначенное время.

2.4.6. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских (стоматологических) услуг, соблюдать внутренний распорядок, установленный на территории Исполнителя, соблюдать права других пациентов и персонала учреждения.

2.5. **Заказчик и Пациент имеют право:**

2.5.1. На предоставление полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к применению в устной и при необходимости в письменной (выписка) форме.

2.5.2. Выбрать день и время приема в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.

2.5.3. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.

2.5.4. Получить от Исполнителя информацию в доступной форме о платных стоматологических услугах, содержащую сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, сведения о лицензии, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, иные сведения, по требованию Заказчика, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

2.5.5. В любое время отказаться от дальнейшего медицинского вмешательства и расторгнуть настоящий Договор, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части оказанных услуг (выполненных работ) (ст. 728 ГК РФ, ст. 32 Закона РФ от 07.02.1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей»).

2.5.6. На выбор лечащего врача с условием его согласия, дня и времени явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя.

2.5.7. На замену замене лечащего врача в установленном порядке.

2.5.8. Получать на основании письменных обращений копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, а также знакомится с ними в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

2.6. Заказчику и Пациенту гарантируются все права, определенные законодательством об охране здоровья граждан.

3. ПОРЯДОК, ФОРМЫ И СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Перечень и стоимость конкретных платных стоматологических услуг, предоставляемых Пациенту, указывается в Приложении №1 к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

3.2. Расчеты за медицинские (стоматологические) услуги осуществляются в форме полной предоплаты, или оплаты оказанных медицинских (стоматологических) услуг непосредственно после их оказания в зависимости от вида оказываемых медицинских (стоматологических) услуг по согласованию с Исполнителем.

3.3. Оплата медицинских (стоматологических) услуг производится Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления безналичных денежных средств на лицевой счет Исполнителя. Форму и способ оплаты Заказчик определяет самостоятельно, допускается смешанная оплата (наличная и безналичная). Документом, подтверждающим факт оплаты Заказчиком, является кассовый чек или бланк строгой отчетности, выдаваемые Исполнителем в установленном порядке.

3.4. Оказываемые услуги Заказчик (Пациент) оплачивает в следующем порядке:

3.4.1. Оказанные в ходе одного посещения услуги оплачиваются Заказчиком в объеме 100% непосредственно после их оказания, согласно Приложению №1 к настоящему Договору. Оплата производится Заказчиком в день фактического оказания услуг.

3.4.2. При получении ортодонтических услуг производится предварительная оплата в размере 100% за изготовление ортодонтического аппарата.

3.4.3. В случае, если Сторонами не определен срок оплаты стоимости услуг Исполнителя, оплата оказанных услуг

осуществляется Заказчиком в день их фактического оказания.

3.5. В случае, если в процессе оказания медицинских (стоматологических) услуг требуется предоставление дополнительных медицинских (стоматологических) услуг Исполнитель предупреждает об этом Заказчика после чего Стороны согласовывают их объем и стоимость. В случае не достижения согласия Заказчик и/или Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть настоящий Договор в порядке, предусмотренном настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

3.6. Заказчику в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных стоматологических услуг.

3.7. Прейскурант Исполнителя является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемых Исполнителем медицинских (стоматологических) услуг. Стоимость медицинской (стоматологической) услуги определяется по Прейскуранту Исполнителя на тот момент времени в который оказывается данная услуга или ее часть, отраженная в Прейскуранте Исполнителя.

4. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИИ.

4.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание медицинских (стоматологических) услуг, то есть выполнение составляющих услугу действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для таких услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

4.2. Гарантийный срок на медицинские (стоматологические) услуги определяется в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока, действующим у Исполнителя при условии выполнения Заказчиком в полном объеме всех назначений и рекомендаций лечащего врача.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Заказчик (Пациент) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора по основаниям и условиям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

5.4. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Заказчика уплаты неустойки в размере 0,5% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Заказчиком до даты ее фактической оплаты.

5.5. Вред, причиненный жизни и здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. ФОРС-МАЖОР

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), которые возникли на территории исполнения настоящего Договора после его заключения, если неисполнение обязательств Сторон по Договору явилось следствием событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами.

6.2. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана информировать другую Сторону о наступлении подобных обстоятельств в письменной форме с приложением копий соответствующих документов в течении 14 (четырнадцати) дней после наступления таких обстоятельств.

6.3. В случае, если обстоятельства непреодолимой силы действуют более 3 (трех) месяцев, настоящий Договор считается расторгнутым без каких-либо взаимных обязательств.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение года, а в части неисполненных обязательств до момента полного исполнения обязательств. Договор считается продленным на каждый последующий год, в случае, если ни одна из Сторон не заявит о его прекращении (но не дольше, чем до достижения возраста пациента 18 лет). Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменной форме и вступают в силу с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

7.3. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения настоящего договора от получения стоматологических услуг настоящий договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Пациента), при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.4. В случае расторжения Договора сторона, выступающая инициатором расторжения, извещает об этом другую сторону в письменном виде.

7.5. Взаиморасчеты между сторонами производятся за фактически оказанные медицинские услуги по состоянию на день расторжения Договора.

7.6. Претензии Заказчика оформляются в письменной форме и рассматриваются Исполнителем в сроки, предусмотренные действующим законодательством. Досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора не является обязательным. Уполномоченным лицом от Исполнителя при рассмотрении претензии от Заказчика является главный врач, в сложных клинических случаях и при дорогостоящих услугах претензии Заказчика рассматриваются врачебной комиссией Исполнителя.

7.7. При невозможности достижения согласия спорные вопросы регулируются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

- 7.8. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, а также в отношении граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители.
- 7.9. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
- 7.10. При не востребовании Заказчиком готовых зубных протезов в течение 3 (трех) лет с момента их изготовления, возврат денежных средств Заказчику не производится.
- 7.11. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи - факсимиле в деловой переписке, при подписании настоящего Договора и приложений к нему.
- 7.12. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются документы, которые хранятся у Исполнителя: медицинская карта, информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства, Прейскурант цен на услуги, согласие на обработку персональных данных, счет на оказанные услуги, заказ-наряды, иные документы, имеющие отношение к исполнению обязательств по настоящему Договору.
- 7.13. После оказания услуг по настоящему Договору Исполнитель на основании письменного обращения Заказчика в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты обращения выдает Заказчику копии медицинских документов (или выписки из них), которые отражают состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг (сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, а также об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарствах и медицинских изделиях). Копии запрашиваемых Заказчиком медицинских документов (или выписки из них) предоставляются на безвозмездной основе.
- 7.14. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
8. Исполнитель разъяснил Заказчику (Пациенту) порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также уведомил о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик:	Пациент, достигший 15-летнего возраста и старше:
СПб ГБУЗ «ДГСП №1» 199406, г. Санкт-Петербург, ул. Шевченко, дом 30, лит. А Тел. (812) 355-79-26 ИНН 7801161193, КПП 780101001 ОГРН 1027800546740 р/с 03224643400000007200 в Северо-Западном ГУ Банка России/УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург л/с 0491104 в Комитете Финансов Санкт-Петербурга	_____ _____ (Ф.И.О.) паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ конт. тел. _____ электронная почта: _____	_____ _____ (Ф.И.О.) Дата рождения _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ конт. тел. _____ электронная почта: _____
Главный врач СПб ГБУЗ «ДГСП № 1» _____ Котюрова О.Л. М.П.	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)

**Уведомление
потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)**

Исполнитель — Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская стоматологическая поликлиника №1» (СПб ГБУЗ «ДГСП №1») (лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-00110-47/00587987 от 09.08.2012 года) уведомляет Заказчика (потребителя, пациента) 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.

Настоящее уведомление сделал медицинский работник Исполнителя:

_____/_____
(подпись) (Фамилия, имя, отчество)

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись Пациента) (Фамилия, имя, отчество Пациента)

«__» _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись Заказчика) (Фамилия, имя, отчество Заказчика)

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__ года

Приложение №1

к ДОГОВОРУ № _____ /20__
возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг
от «__» _____ 20__ года

Медицинская карта № _____

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская стоматологическая поликлиника №1» (СПБ ГБУЗ «ДГСП №1»), в лице главного врача Котуровой Ольги Леонидовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и гражданин (-ка) _____

(Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя)
именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (-ая) в интересах

(Фамилия, имя и отчество(при наличии) несовершеннолетнего, дата, месяц и год рождения)
именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили дополнительное соглашение (далее – соглашение) к ДОГОВОРУ № _____ /20__ возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг от «__» _____ 20__ года (далее – Договор) о нижеследующем:

1. В рамках настоящего Договора в соответствии с настоящим Соглашением Исполнитель оказывает Пациенту следующие услуги:

№п/п	Наименование и код медицинской услуги	Сроки предоставления услуги	Стоимость, руб.	Количество	Сумма, руб.

№п/п	Наименование и код медицинской услуги	Сроки предоставления услуги	Стоимость, руб.	Количество	Сумма, руб.
ИТОГО:					

2. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора.
3. Настоящее Соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:	Заказчик:	Пациент, достигший 15-летнего возраста и старше:
СПб ГБУЗ «ДГСП №1» 199406, г. Санкт-Петербург, ул. Шевченко, дом 30, лит. А Тел. (812) 355-79-26 ИНН 7801161193, КПП 780101001 ОГРН 1027800546740 р/с 03224643400000007200 в Северо-Западном ГУ Банка России//УФК по г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург л/с 0491104 в Комитете Финансов Санкт-Петербурга	_____ _____ (Ф.И.О.) паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____ _____ ИНН: _____ СНИЛС _____ Адрес регистрации: _____ _____ конт. тел. _____ электронная почта: _____	_____ _____ (Ф.И.О.) Дата рождения _____ паспорт: серия _____ № _____ выдан (кем и когда) _____ _____ ИНН: _____ СНИЛС _____ Адрес регистрации: _____ _____ конт. тел. _____ электронная почта: _____
Главный врач СПб ГБУЗ «ДГСП № 1» _____ Котурова О.Л. М.П.	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)	_____ / _____ / (подпись) (расшифровка)