

**ДОГОВОР**  
**на предоставление платных медицинских услуг**  
**(терапевтических и хирургических)**

г. Волгоград «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г.  
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 8», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Гаценко Сергея Михайловича, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00555314 от 23.03.2020, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка)

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На основании медицинских показаний о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания Пациента Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает медицинские услуги в соответствии с согласованным Сторонами Планом лечения и указанные в подписанном Сторонами Соглашении о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг, (далее Соглашение) являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Перечень, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяются Сторонами в Соглашении о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (далее - Соглашение), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Соглашение, заключается и подписывается Сторонами при каждом обращении Пациента за стоматологической медицинской помощью в пределах срока действия настоящего договора.

1.3. В случае объективной необходимости по соглашению сторон План лечения, объем оказываемых медицинских услуг, стоимость медицинских услуг, срок оказания медицинских услуг могут быть изменены путем изложения Соглашения в новой редакции с присвоением следующего порядкового номера.

1.4. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания медицинских услуг и указывается в Соглашении.

1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: услуги предоставляются по факту явки пациента на прием по предварительной записи.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с законодательными и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения РФ, организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.

2.1.3. Предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:  
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства,  
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.4. После исполнения договора по требованию Пациента выдавать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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, без взимания дополнительной платы. Выдача медицинских документов осуществляется в порядке и сроки, предусмотренные приказом Минздрава России от 14 сентября 2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

2.1.5. Обеспечивать выполнение прав Пациента, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.1.6. Предоставить медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором и приложениями к нему.

2.1.7. Выдать Пациенту документ, подтверждающий факт оплаты платных услуг в кассу Исполнителя.

2.1.8. Сохранять врачебную тайну в соответствии с действующим законодательством.

2.1.9. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

**2.2. Пациент обязуется:**

2.2.1. Согласовать План лечения и оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке, установленном настоящим договором и по утвержденному прейскуранту, действующему на момент оказания медицинских услуг.

2.2.2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе: информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять требования, назначения и рекомендации врача; соблюдать режим лечения; при первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в

состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю; соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения для пациентов.

2.2.3. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг.

2.2.4. Изучить добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг, задать интересующие вопросы и подписать указанные документы, подтвердив тем самым получение всей необходимой и полной информации об оказываемых ему медицинских услугах.

2.2.5. По факту оказания услуг подписать Акт о выполнении Договора на предоставление платных медицинских услуг. В случае не подписания Акта в день приема-сдачи оказанных услуг без объяснения причин, услуги считаются принятыми.

### **2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. По согласованию с Пациентом в целях наиболее качественного оказания медицинской услуги вносить изменения в план лечения, которые могут повлечь за собой изменение сроков оказания медицинских услуг и их стоимости.

2.3.2. Назначать и заменять лечащего врача.

2.3.3. В случае необходимости направлять Пациента для дополнительного медицинского обследования и консультаций к специалистам иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или зубного протезирования.

### **2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1. В любое время отказаться от получения медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.2. Выбирать лечащего врача с учетом его согласия.

2.5. Стороны имеют иные права и исполняют иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

## **3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ**

3.1. Пациент уведомляется, что данная медицинская услуга (нужное отметить):

- а) не предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и может быть оказана за плату;
- б) предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год, но по желанию пациента в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оказывается ему за плату.

При заключении договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (при наличии в перечне) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или в другом лечебном учреждении.

3.2. Пациент уведомлен, что вследствие биологических особенностей организма человека и использования технологий оказания медицинской помощи при всей своей осторожности и осмотрительности Исполнитель не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений.

3.3. Гарантийный срок на результат оказанных стоматологических услуг устанавливается один год с момента сдачи результата оказанных услуг. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае невыполнения рекомендаций лечащего врача, нарушения сроков посещения лечащего врача. Иные условия гарантии по согласованию с Пациентом отражаются в его медицинской карте.

3.4. Лечащий врач назначается Исполнителем или выбирается Пациентом с учетом согласия врача.

3.5. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01146-34/00555314 от 23.03.2020, выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области на право осуществления медицинской деятельности по адресам мест осуществления медицинской деятельности.

К договору прилагается выписка из Реестра лицензий по состоянию на 27.06.2023г с перечнем работ (услуг).

Лицензирующий орган: комитет здравоохранения Волгоградской области; адрес места нахождения: Российская Федерация, 400119, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Туркменская, 6; телефон: (8442) 30 99 98; 30 99 99 e-mail: oblzdrav@volganet.ru.

## **4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем, действующего на момент оказания медицинских услуг и указывается в Соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Пациент оплачивает оказанные в полном объеме Исполнителем услуги (работы) после их принятия Пациентом. С согласия Пациента услуги (работы) могут быть оплачены им при заключении договора в полном размере или путем внесения аванса.

При возникновении необходимости в дополнительных объемах услуг окончательный расчет производится по фактическим затратам.

4.3. Оплата за медицинские услуги производится Пациентом наличными деньгами в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке на банковский счет Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт Пациента.

4.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине Пациента или когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, если иное не предусмотрено законом.

## **5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения и добровольное информированное согласие Пациента на медицинское вмешательство. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, предлагаемых способах диагностики и лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, о возможности получения медицинских услуг в других медицинских организациях, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.

5.2. Время явки Пациента на прием оговаривается и согласовывается с Пациентом. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

5.3. Пациент, полагаясь на знания и опыт врача, оказывающего ему медицинскую помощь, полностью доверяет ему в выборе способа и метода оказания медицинской помощи, в рекомендациях по выбору стоматологических материалов и изделий.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Пациента, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

## 7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. До подписания настоящего договора Пациент ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка учреждения, со сведениями о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения, в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в медицинской организации, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.2. При заключении договора Пациенту предоставлена информация о порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение календарного года, в части оплаты до фактического исполнения обязательств.

7.4. Все изменения и дополнения к договору оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительных соглашений, Соглашений к нему.

7.5. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, приложения, дополнительные соглашения к нему, заключаемые между Исполнителем и Пациентом в связи с оказанием медицинских услуг по настоящему договору.

7.6. Договор может быть изменен или расторгнут: по соглашению сторон, по решению суда, в иных случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.7. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.8. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, в которой заключен договор.

7.9. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя и Пациента.

7.10. Споры, возникающие между Сторонами, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

Сведения о форме и способах направления обращений (жалоб) в госорганы и организации, должностному лицу, а также их почтовые адреса и адреса электронной почты указаны на сайте и информационных стендах Исполнителя.

## 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**"Исполнитель"**  
Государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 8»  
400075, Волгоградская обл, Волгоград,  
Республиканская ул, дом № 13  
ОГРН 1023402983130  
ИНН/КПП 3443902500/344301001  
Банковские реквизиты  
Филиал "Ростовский" АО "Альфа Банк" БИК 046015207, р/сч 40603810126014000001, к/с 30101810500000000207 В ОТДЕЛЕНИЕ РОСТОВ-НА-ДОНУ БАНКА РОССИИ  
Главный врач \_\_\_\_\_ С.М. Гаценко  
М.П.

**"Пациент"**  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность; \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_

