□Исполнитель уведомляет потребителя (заказчика) 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.

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Договор**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**г. Санкт-Петербург «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 6», расположенное по адресу: 197198, Санкт-Петербург, Ижорская ул., д.5, литер А, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Кыткиной Т.Д., действующей на основании Устава, (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 78 № 008795381, ОГРН 1027806885754, ИНН 7813108571, выданное МИФНС России №15 по Санкт-Петербургу, расположенной по адресу: ул. Красного Текстильщика д.10-12, тел.335-14-03) с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) **«Заказчик»**, в дальнейшем «**Пациент»,** в случае непосредственного получения стоматологических услуг или в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

1.1. **Исполнитель** принимает на себя обязательства оказать **Пациенту** платные медицинские услуги по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

1.2. **Исполнитель** принимает на себя обязательство оказывать **Пациенту**, услуги по терапевтической, хирургической, ортопедической, детской, ортодонтической стоматологии, услуги по рентгенодиагностике, соответствующие **Лицензии № ЛО-78-01-007825 от 22 мая 2017г.,** на осуществление медицинской деятельности, выданной Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, расположенным по адресу: Малая Садовая ул., 1, тел. 314-04-43; и отвечающих требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с перечнем платных услуг, относящихся к основным видам деятельности. Лицензия с перечнем услуг Исполнителя располагается в открытом доступе на информационных стендах Исполнителя, на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу[**http://pstom6/**](http://pstom6/)**.**

**2. Условия и сроки действия договора**

2.1.Стоматологические услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения, в соответствии с планом лечения, зафиксированным в амбулаторной карте Пациента, являющейся неотъемлемой частью договора.

2.2.Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяется врачом по медицинским показаниям и на основании волеизъявления Пациента и отражается в медицинской карте Пациента, заказ-наряде и приложении 1 к договору

2.3. При заключении настоящего Договора Заказчик подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также Пациент подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах.

2.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения обязательств по согласованным срокам в случае, если ни одна из сторон не заявила о желании его расторгнуть, **н**о не более одного года.Срок Договора продлевается до окончания его исполнения по согласованию сторон.

**2.6.** Ответственный за исполнение договора

**2.7.** Срок предоставления услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3 Стоимость, сроки и порядок расчётов**

3.1. План и предварительная стоимость лечения определяется лечащим врачом, согласовывается с Пациентом в приложениях к настоящему договору.

3.2. **Пациент** оплачивает услуги согласно действующему прейскуранту **Исполнителя.** Объем выполненных работ, их стоимость и сроки исполнения согласовываются с **Пациентом** и фиксируются в приложении 1 к настоящему договору при каждом посещении врача.

3.3. Оплата производится в российских рублях как в безналичной форме на лицевой счет **Исполнителя,** так и наличными в кассу **Исполнителя** с применением контрольно-кассовой машины.

3.4.Оплата услуг может осуществляться в форме предоплаты в размере не менее 50 %. Окончательный расчет осуществляется в день оказания услуг. Предварительная оплата учитывается при окончательном расчете.

3.5. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по стоматологическому лечению по настоящему договору **Исполнитель** обязуется вернуть **Пациенту** ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

3.6. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на платной основе.

**4. Права и обязанности сторон**

4.1**. Пациент обязан:**

4.1.1.Являться на прием в назначенное время или предупредить **Исполнителя** по телефону или лично о невозможности явиться на прием в установленное время не позднее, чем за сутки.

4.1.2.Немедленно извещать **Исполнителя** обо всех осложнениях или иных отклонениях в состоянии здоровья, возникающих в ходе лечения.

4.1.3.Предоставлять необходимую для **Исполнителя** информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях, принимаемых препаратах, вредных привычках, а также другие сведения, которые могут оказать влияние на качество оказываемых **Исполнителем** услуг.

4.1.4.Соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача, в том числе являться на профилактические осмотры, профессиональную гигиену полости рта, периодичность которых определяется лечащим врачом.

4.1.5.Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с прейскурантом.

4.1.6.Удостоверять личной подписью факты ознакомления с информацией, полученной от лечащего врача за каждый вид планируемого вмешательства.

4.1.7. Соблюдать порядок приема пациентов в поликлинике.

4.2. **Пациент имеет право:**

4.2.1. Ознакомиться с прейскурантом, действующим на момент обращения.

4.2.2. Ознакомиться с Положением «О предоставлении гарантийных сроках и сроках службы».

4.2.3. На выбор врача, даты и времени визита к специалисту Исполнителя, согласованные обеими сторонами.

4.2.4. В любое время получать информацию об объеме и качестве стоматологической помощи, оказанной Исполнителем Пациенту.

4.2.5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. **Исполнитель обязан:**

4.3.1. Обеспечить качественное предоставление медицинских услуг.

4.3.2. Обеспечить в установленном в учреждении порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, сведениями о квалификации специалистов, положением «О предоставлении гарантийных сроках и сроках службы».

4.3.3. Информировать **Пациента** о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций, об альтернативных методах лечения.

4.3.4. Предложить **Пациенту** ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

4.3.5. Информировать **Пациента** о стоимости услуг до их оказания:

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;

- назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

4.3.6. Выполнить работы в сроки, согласованные с **Пациентом** (при условии соблюдения **Пациентом** сроков явки на приемы).

4.3.7. Определить гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства **Исполнителя** сохраняются.

4.3.8. Информировать о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

4.4. **Исполнитель имеет право:**

4.4.1.Отказать в приеме **Пациенту** в случаях:

- состояния алкогольного опьянения **Пациента;**

- при нарушении **Пациентом** правил приема пациентов в поликлинике;

- когда требуемые **Пациентом** услуги не входят в план лечения и не предусмотрены Лицензией **Исполнителя;**

4.4.2. Перенести прием опоздавшего **Пациента** на другой день или в другое время.

4.4.3.Требовать от **Пациента** сведения о предыдущем лечении в других медицинских учреждениях.

4.4.4.Заменить лечащего врача в случае его болезни, отпуска, психологической несовместимости.

**5. Ответственность сторон**

5.1. **Исполнитель** несет ответственность перед **Пациентом** в соответствии с законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора. **Исполнитель** обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами в течение гарантийного срока.

5.2. **Исполнитель** не несёт ответственности перед **Пациентом** в случаях:

5.2.1. Непредставления **Пациентом** информации, указанной в п.п. 4.1.2., 4.1.3. настоящего Договора.

5.2.2. Возникновения осложнений по вине **Пациента**: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших побочных реакциях.

5.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

5.2.4. Повреждения **Пациентом** ортопедических и ортодонтических конструкций в результате неаккуратного обращения с ними, либо их утраты.

5.2.5. **Исполнитель** снимает с себя гарантийные обязательства в случаях, связанных с переделкой или исправлением результатов работ в другом учреждении или самим пациентом.

5.2.7. Гарантийные сроки на все виды работ предоставляются согласно «Положению о гарантийных сроках» при условии выполнения **Пациентом** рекомендаций врача в полном объеме.

5.2.8. **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением исполнителем методов диагностики, профилактики и лечения (в случаях рецидива хронических стоматологических заболеваний).

5.2.9. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги **Пациент** вправе по своему выбору потребовать:

- назначения нового срока оказания услуги;

- уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- исполнения услуги другим специалистом;

- расторжения договора и возмещения затрат в установленном законодательном порядке.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за выполнение обязательств по настоящему договору, возникшие вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий.

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

6.3. Настоящий договор подписан в двух экземплярах (по одному экземпляру для каждой Стороны), и оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

6.4. Ни одна из Сторон не имеет права передавать свои права и обязательства по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия на то другой Стороны.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. При невозможности достигнуть согласия Сторон в до судебном порядке спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты и подписи Сторон**

**Исполнитель Пациент (Заказчик)**

СПб ГБУЗ «Стоматологическая Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

поликлиника № 6» Адрес, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

197198, Санкт-Петербург, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. Ижорская, д.5, лит. А С правилами оказания платных услуг и прейскурантом

тел./факс 232-32-01 ознакомлен(а).

Информирован(а) о Программе государственных гарантий

Главный врач бесплатной медицинской помощи на территории Санкт- Петербурга

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Т.Д. Кыткина подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_