

ДОГОВОР

возмездного оказания стоматологических услуг по лечению зубов

г.Новодвинск

« ____ » _____ 202_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Новодвинская центральная городская больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Григорова Константина Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка)

паспорт с. _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг Потребителю, указанных в п.1.2. настоящего Договора, в соответствии с перечнем предоставляемых услуг и действующим прейскурантом Исполнителя, а Потребитель принимает на себя обязательство по оплате указанных услуг.

1.2. Перечень платных услуг, их количество и стоимость указываются в Акте выполненных работ, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Место оказания услуг: ГБУЗ Архангельской области «Новодвинская центральная городская больница».

1.4. Срок оказания медицинских услуг составляет 30 рабочих дней с момента начала лечения.

1.5. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № ЛО 41-01152-29/00366807 от 24.09.2020г. выданной Министерством здравоохранения Архангельской области, адрес: г.Архангельск, пр. Троицкий, д.49, тел. (8182) 45-45-00.

1.6. Непосредственно до подписания настоящего договора Потребитель ознакомлен с лицензией Исполнителя и перечнем разрешенных к оказанию Исполнителем медицинских услуг, который(е) не приводится в договоре по согласию Потребителя.

1.7. Оказание платных медицинских услуг осуществляется Исполнителем при наличии информированного добровольного письменного согласия Потребителя на медицинское вмешательство, согласия на обработку персональных данных Потребителя и уведомления к договору на предоставление платных медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать услуги качественно, в полном объеме и в срок, предусмотренный настоящим Договором.

2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего Договора Исполнитель обязан немедленно извещать об этом Потребителя.

2.1.3. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя, квалификации и сертификатов специалистов, режиме работы, перечне платных услуг, их содержании, стоимости, порядке оказания, включена (не включена) услуга в Программу государственных гарантий оказания населению Архангельской области бесплатной медицинской помощи, финансируется (или не финансируется) за счет средств федерального, областного, местного бюджетов.

2.1.4. В процессе оказания медицинских услуг информировать Потребителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах и их стоимости.

2.1.5. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю медицинские документы установленного образца.

2.1.6. Сохранять в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью потребителя, о состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну.

2.1.7. Выдать Потребителю документы, подтверждающие факт оплаты им медицинской услуги.

2.1.8. Обеспечить Потребителя информацией о сроках гарантии на выполненные работы:

- на пломбы из композитов светового отверждения — 1 год

- на пломбы из стеклоиономерного цемента -6 месяцев

- на пломбы при повышенной стираемости зубов гарантия не распространяется

- на пломбы из композита светового отверждения фронтальной группы зубов, при отсутствии боковых зубов — 6 месяцев

- эндодонтическое лечение зубов при деструктивных формах периодонтита, при искривленных, облитерированных корневых каналах, каналах, ранее леченных резорцин-формалиновым методом — без гарантии

- на пломбы из стеклоиономерного цемента, при восстановлении разрушенной части зуба перед протезированием — 1 месяц

- на лечение зубов при неудовлетворительной гигиене — без гарантии

2.2. Потребитель обязан:

2.2.1. Оплатить оказание медицинских услуг на условиях, указанных в настоящем Договоре.

2.2.2. До начала оказания медицинских услуг сообщить сведения о наличии у него аллергических реакций или противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств, материалов.

2.2.3. Являться на прием в установленное время.

2.2.4. Выполнять все требования лечащего врача и медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

2.2.5. Строго соблюдать рекомендации лечащего врача по уходу за полостью рта.

2.2.6. За 24 (двадцать четыре) часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинских услуг.

2.2.7. При возникновении функциональных и эстетических недостатков обращаться за консультацией и помощью к Исполнителю. При обращении в другое лечебное учреждение предоставить лечащему врачу выписку о причинах, характере и объеме медицинского вмешательства.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Приостановить исполнение обязательств по настоящему договору при неисполнении Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача, нарушении срока оказания медицинской услуги и других обязательств по Договору.

2.3.2. Приостановить выдачу медицинской документации Потребителю в случае задержки оплаты им услуг.

2.3.3. Увеличить объем медицинских услуг, получив предварительно письменное согласие Потребителя, если это необходимо в интересах состояния здоровья Потребителя.

2.3.4. На хранение и обработку персональных данных Потребителя, согласно законодательным актам РФ.

2.3.5. Изменить сроки оказания медицинских услуг по причинам, не предусмотренным настоящим Договором, по согласованию с Потребителем.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя полную и достоверную информацию об объеме и условиях получения медицинских услуг, включая сведения о квалификации врача, наличии лицензии на оказание данных услуг, стоимости услуг, о технологии оказания услуг, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов медицинских услуг, не нарушая порядок деятельности Исполнителя.

2.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, данные диагностических обследований.

2.4.3. Выбирать лечащего врача из штата Исполнителя.

2.4.4. Отказаться в одностороннем порядке от получения медицинских услуг, возместив понесенные Исполнителем убытки.

2.4.5. При обнаружении недостатков оказанных медицинских услуг предъявлять требования, установленные Федеральным Законом РФ «О защите прав потребителей», а также иными нормативными правовыми актами РФ, регулирующими данные отношения.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется прейскурантом цен на платные медицинские и иные услуги, утвержденным главным врачом.

3.2. Оплата услуг осуществляется путем внесения денежных средств в наличной или безналичной форме в кассу Исполнителя. Расчеты за предоставление платных медицинских услуг осуществляются Исполнителем с применением контрольно-кассовой техники.

3.3. Потребитель производит оплату за фактически оказанные медицинские услуги в день их оказания.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Потребителя (не соблюдение п.2.2.6. или иных обязательств по договору).

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу в момент его подписания уполномоченными представителями обеих сторон и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств либо до его расторжения.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

5.3. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению сторон или по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

5.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах (в трех при наличии Заказчика) на русском языке. Экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится по одному экземпляру настоящего договора.

5.5. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Новодвинская центральная городская больница»
164900, Архангельская область,
г. Новодвинск, ул. 3-ей Пятилетки, д. 9
ИНН 2903000380 КПП 290301001
Получатель: Министерство финансов Архангельской области (ГБУЗ Архангельской области «НЦГБ») л/с 20246У70710)
р/сч: 03224643110000002400
Банк: отделение Архангельск Банка России //УФК по Архангельской области и Ненецкому автономному округу г. Архангельск БИК 041117001 ОГРН 1022901004400
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией ФНС России №3 по Архангельской области и НАО,
Дата внесения записи: 18.07.2012 г., бланк серии 29 №001976750
Контактный телефон: 8-921-249-60-98

Потребитель

Я, _____
информирован(а) о возможности получения медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, бесплатно при наличии показаний в учреждении здравоохранения по месту жительства.

(подпись)

(фамилия)

Контактный телефон: _____

Главный врач

Гуламов Р.А.

В случае, если платные медицинские услуги по настоящему договору заказывает (приобретает) в пользу Потребителя и их оплату производит иное лицо, данное лицо именуется «Заказчиком». Заказчик с условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять и соблюдать финансовые и иные обязательства (кроме оказываемых лично Потребителю) установленные настоящим договором – супруг (-а), отец, мать, сын, дочь, бабушка, дедушка, усыновитель, попечитель, иное лицо, действующее по доверенности (нужное подчеркнуть)

(Ф.И.О. паспорт, серия, номер, когда и кем выдан)

(адрес места жительства, телефон)

Уведомление к договору на предоставление платных медицинских услуг

В соответствии с Постановления Правительства РФ от 11.05.23 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 4 октября 2012г. №1006»

ГБУЗ Архангельской области «Новодвинская городская центральная больница» уведомляет Вас о том, что несоблюдение врачебных рекомендаций и назначений, в том числе назначенного режима лечения, а также попытки самостоятельно вмешаться в процесс лечения без согласования с лечащим врачом; неявки в срок, указанный врачом, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя медицинских услуг. В случае несоблюдения потребителем медицинских услуг указанных выше требований, последний лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в работе, возникшие в результате несоблюдения указанных требований.

С требованиями настоящего уведомления согласен и обязуюсь их выполнять: _____

(подпись потребителя услуги или законного представителя)