**Договор №\_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных стоматологических услуг**

г. Н. Новгород «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» в лице главного врача Шилиной Ларисы Николаевны, действующей на основании Устава, (Лицензия на осуществление медицинской деятельности выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области № ЛО41-01164-52/00325005 от 16.01.2020г., свидетельство № 52 002105971 от 30.12.2002 о внесении в ЕГРЮЛ сведений о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002, выданное инспекцией МНС по Приокскому району г.Н.Новгорода), именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован\_\_\_ по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с перечнем оказываемых услуг, являющимся неотъемлемой частью договора, а Заказчик обязуется принять указанные услуги и оплатить их стоимость.

**2. Порядок оказания услуг**

2.1. В оговоренное с Заказчиком время Исполнитель организует осуществление осмотра Заказчика квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения. По результатам осмотра врач определяет необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя и отражает его в медицинской карте Заказчика с указанием сроков оказания.

2.2. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика с предложенным перечнем оказываемых услуг, оформленное подписью Заказчика. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Заказчик достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения.

2.3. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным перечнем услуг.

2.4. До подписания настоящего договора Заказчик ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, лицензией на осуществление медицинской деятельности и дату ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1».

2.5. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1. **Заказчик имеет право**:

3.1.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя;

3.1.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах;

3.1.3. Выбирать лечащего врача с учётом специализации врача и его согласия;

3.1.4. Выбирать время приёма у врача из имеющегося свободного;

3.1.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя;

3.1.6. На сохранение в тайне информации о своём здоровье.

3.2. **Заказчик обязан**:

3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача;

3.2.2. Являться на приём к врачу в назначенный срок;

3.2.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении;

3.2.4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;

3.2.5. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги;

3.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг;

3.2.7. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3. **Исполнитель имеет право**:

3.3.1. Требовать от Заказчика представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

3.3.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

3.4. **Исполнитель обязан**:

3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

3.4.2. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение одного года с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

3.4.3. По первому требованию Заказчика сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.1.1 настоящего договора.

3.4.4. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Заказчика информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость услуг определяется на основании перечня оказываемых услуг, который является приложением к настоящему договору, согласно действующему прейскуранту цен Исполнителя.

 4.2. Заказчик обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приёма у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта.

4.3. Оказываемые по настоящему договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними организациями.

4.4. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с информацией и условием бесплатного предоставления медицинской услуги и оплачивает стоимость услуги по собственной инициативе.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность:

- за соответствие оказанной услуги общепринятым стоматологическим стандартам и методикам;

- за причинение по небрежности персонала вреда здоровью Заказчика. В случае причинения вреда здоровью из-за несоблюдения указанных выше требований, Исполнитель устраняет данный вред за свой счет.

5.2. Исполнитель не несет ответственности, если вред здоровью Заказчика был причинен в результате того, что Заказчик:

- предоставил в анкете недостоверную информацию о своем здоровье;

- отказался от необходимости лечения и рекомендуемых медицинских препаратов;

- не выполнил требования и предписания лечащего врача.

5.3. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение иных условий договора в соответствии с Российским законодательством.

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

6.2. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.

6.3. Заказчик уведомлен 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 Пациента.

6.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ

6.5. Содержащиеся в медицинской карте Заказчика дополнения к договору являются его неотъемлемой частью.

6.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

6.8. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает согласие ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» на автоматизированную, а так же без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных пунктом части 1 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни представленных в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1», действующее до дня отзыва в письменной форме.

7. Реквизиты сторон и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1», http://dgp1nn.ru603107, г. Н. Новгород пл.Жукова, д.1ИНН/КПП 5261018869/526101001Министерство финансов Нижегородской области (ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника № 1» л/сч 24001020780)ЕКС 40102810745370000024КС 03224643220000003200БИК 012202102Волго-Вятское ГУ Банка России//УФК по Нижегородской области г. Нижний НовгородТел. 8(831) 466-42-32Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.Н. Шилина «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. | Заказчик:Адрес указан в преамбуле\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись расшифровка |
| Договор заполнил: |  |  |
|  |  | ( ) |
| Должность | подпись | расшифровка (Ф.И.О.) |
|  |  |  |
| Кассир |  | ( ) |
|  | подпись | расшифровка (Ф.И.О.) |

**Информированное добровольное согласие на**

 **медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) определенных видов медицинских вмешательств, на которые

граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и

медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи,

утвержденный [приказом](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н[1](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/11111) (далее - виды медицинских

вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной

помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным

представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ НО «Детская городская

поликлиника № 1 Приокского района г. Н. Новгорода».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,

связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия,

в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты

оказания медицинской помощи.

 Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов

медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), или потребовать его (их)

прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) [статьи 20](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации".

 Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в

соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/1955) Федерального закона от 21 ноября 2011 г.

N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть

передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным

представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

Приложение к договору №\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Перечень оказываемых услуг

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| дата | Вид услуг | сумма | Подпись врача | Подпись Заказчика |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |