ДОГОВОР

на оказание платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город Тюмень «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Западно-Сибирский медицинский центр Федерального медико-биологического агентства» в лице главного врача Тюменской больницы ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России Боярской Л.А., действующего на основании доверенности № Ф-1/19-05 от 09.10.19. и лицензии на осуществлении медицинской деятельности № ФС-72-01-001180 от 04 июля 2019 г. (выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Омской области, адрес места нахождения: 644024, Россия, г. Омск, ул. Сенная, 22, телефон 8 (3812) 20-11-04) без ограничения срока действия, на осуществление медицинской деятельности в т.ч. при оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, при оказании специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи, при оказании паллиативной медицинской помощи, при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и

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

(ф.и.о.)

Паспорт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующим:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Исполнитель обязуется по заданию Пациента в период времени, согласованный Сторонами, оказать услуги платной стоматологической помощи, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.
	2. Объём и сроки оказываемых услуг определяются общим состоянием здоровья Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН
	1. Исполнитель обязан
		1. Обеспечить в соответствии с медицинскими показаниями квалифицированную, безопасную стоматологическую помощь с качественным исполнением технологий лечебно-диагностического процесса.
		2. В своей деятельности по оказанию стоматологической помощи использовать медицинские технологии, лекарственные средства, материалы, инструментарий, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законном порядке.
		3. Представлять Пациенту доступную информацию о предоставляемой стоматологической помощи и основных возможных осложнениях.
		4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию стоматологической помощи силами собственных специалистов и при необходимости специалистов других медицинских организаций.
		5. Оказать услуги в сроки, согласованные с Пациентом при условии соблюдения Пациентом сроков явки на прием.
		6. Гарантировать качественное исполнение лечебно-диагностического процесса при условии выполнения требований и рекомендаций лечащего врача. Определять гарантийный срок службы на оказываемые стоматологические услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока службы при оказании стоматологических услуг.
		7. Сохранять в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, о его состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях полученных при опросе, обследовании и лечении Пациента.

2.2. Пациент обязан:

2.2.1. Ознакомиться со своими правами на оказание медицинской помощи в т.ч. и на зубное протезирование.

2.2.2. Ознакомиться и соблюдать правила приема Исполнителем, правила предоставления платной стоматологической помощи, Положение об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг; ознакомиться с дополнительной информацией, вывешенной на стендах Исполнителем, о предоставляемой стоматологической помощи, ее особенностях, условиях ее предоставления, основных возможных осложнениях и стоимости стоматологической помощи (прейскурантом Исполнителя).

1. До момента оказания стоматологической помощи информировать лечащего врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях к стоматологическим вмешательствам, принимаемых лекарственных препаратах и других обстоятельствах с целью качественного лечения.
2. Разрешить лечащему врачу проводить до медицинского вмешательства оценку состояния здоровья Пациента по данным анамнеза и оценку состояния зубочелюстной системы.
3. Разрешить лечащему врачу оказывать консультативную, профилактическую, лечебно-диагностическую, ортопедическую помощь, в том числе физиотерапевтическое лечение, рентгенодиагностическое обследование, необходимые для оказания стоматологической помощи.

2.2.6. Разрешить лечащему врачу использовать помощника врача, участие которого будет необходимо для оказания Исполнителем стоматологической помощи.

2.2.7. Знать, что информированное добровольное согласие Пациента (законного представителя) на стоматологическое вмешательство и видео фиксацию во время нахождения в зданиях и кабинетах учреждения, его ознакомление с информацией о предоставляемой стоматологической помощи оформляется в виде личной подписи на бланках договора и в амбулаторной карте.

2.2.8. Своевременно оплатить оказанные стоматологические услуги на условиях настоящего Договора.

2.2.9. Знать, что отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в амбулаторной карте, подписывается Пациентом (законным представителем) и врачом.

2.2.10. Являться на прием в установленные сроки, в случае неявки, заранее известить об этом Исполнителя по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.2.11. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача, соблюдать гигиену полости рта.

2.2.12. Обращаться к Исполнителю в случае дискомфорта и других проявлений, связанных с оказанной стоматологической помощью.

2.2.13. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.3. Исполнитель имеет право

2.3.1 Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза, а в случае возникновения неотложных состояний — объем медицинской помощи, не предусмотренной добровольным информированным согласием.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный лень, назначить другого врача или другой срок для оказания стоматологической помощи.

2.3.3. Переназначить опоздавшего к назначенному времени приема Пациента на другой срок.

2.3.4. Отказаться от оказания стоматологической помощи в случаях нарушения Пациентом договорных условий, при наличии у Пациента острых респираторных заболеваний, при явке на прием в нетрезвом (наркотическом) состоянии, при несоблюдении Пациентом гигиены полости рта.

2.3.5. Аннулировать гарантийный срок и срок службы в случаях, если недостатки услуги получились в следствии:

* невыполнения Пациентом требований, рекомендаций и назначений лечащею врача,
* при нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения,
* при отсутствии надлежащего гигиенического состояния полости рта и не прохождения

 Пациентом профессиональной гигиены полости рта,

* при обращении Пациента в процессе оказания стоматологической услуги или в период

гарантийного срока, срока службы к врачу другой клиники по данному случаю с допущением переделок и исправлений работ,

* при оказании стоматологических услуг по требованию Пациента, расходящемуся с планом,

 предложенным врачом,

* при возникновении осложнений по причине неявки в установленный врачом срок, в т.ч. при

 протезировании, при не востребовании протезов в течение 1 месяца.

2.4. Пациент имеет право

 2.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

 2.4.2. Отказаться от исполнения договора возмездного оказания стоматологической помощи при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов (ст. 782 Гражданского кодекса РФ). Расчет понесенных расходов производится отделом бухгалтерского учета и отчетности Исполнителя.

2.4.3. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

1. **УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ**

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

3.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента (законного представителя Пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

3.2. Пациент предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях

3.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

 3.4. Пациент незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несете ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Пациента, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.

* 1. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания их получить и подписания настоящею договора, либо в срок, который Пациент установил, как дату своего прихода на прием (запись по телефону) Длительность оказания услуги определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.
1. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость стоматологических услуг определяется Исполнителем по прейскуранту Исполнителя.

4.2.Оплата стоматологических услуг по настоящему Договору производится Пациентом в форме 100% предварительной оплаты стоимости стоматологических услуг по прейскуранту Исполнителя наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.

4 3. Допускается оплата стоматологической помощи в безналичном порядке.

4.4 Стоимость стоматологических услуг может быть увеличена в процессе их оказания в связи с увеличением фактических затрат на оказание стоматологических услуг и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении Договора.

1. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

 5.1. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, дают их законные представители.

5.2.Содержание, сроки и объем стоматологической помощи для конкретного Пациента определяется лечащим врачом, coгласовываются сторонами и отражаются в амбулаторной карте Пациента, являющейся неотъемлемой частью настоящею Договора. Амбулаторная карта Пациента хранится у Исполнителя.

5.3.Объем и стоимость стоматологической помощи по ортопедическому лечению, применяемых материалов отражаются в заказ - нарядах на производство работ.

5.4.При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим Договором, они выполняются с согласия Пациента с оплатой по прейскуранту Исполнителя.

5.5.При не востребовании Пациентом готовых зубных протезов, возврат денег не
производится.

* 1. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке или клинико-экспертной
	комиссией Исполнителя. При не достижении согласия споры и разногласия рассматриваются в
	соответствии с действующим законодательством РФ.
	2. В случае возникновения претензий и споров между Пациентом и Исполнителем, Исполнитель руководствуется ст. 17 Закона РФ **«**Озащите прав потребителей», ст. 11 Гражданского Кодекса РФ и постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 **г.** № 1006 **«**Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Стороны несут ответственность за надлежащее исполнение своих обязательств в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель не несет ответственность за возникновение осложнений вследствие физиологических особенностей организма, если стоматологическая помощь оказана с соблюдением всех необходимых требований.

6.3. Исполнитель не несет ответственность в случаях, указанных в п. п. 2.3.5, 3.4 настоящего договора.

АЦИЕНТ

<КЛИЕНТ ФИО>

< КЛИ ЕН Г АДРЕС>

1. **ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**
	1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента
полного оказания услуг Исполнителем Пациенту.
	1. Договор составлен в двух экземплярах, по одному— для каждой из Сторон.
	2. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
	3. К настоящему договору прилагается:

8.4.1. копия лицензии (Приложение № 1 к настоящему договору).

1. **ПОДПИСИ СТОРОН И АДРЕСА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России**Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года, серии 55 № 001139100 выдано Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Советскому административному округу г. Омска**обособленное подразделение (филиал): Тюменская больница ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА РоссииЮридический адрес: 644033, РФ, г. Омск, ул. Красный Путь, д.127**для бухгалтерских документов указывать:****Тюменская больница ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России****Местонахождение филиала: 625015, РФ, г. Тюмень, ул. Беляева, д. 1**Тел./факс: (3452) 45-94-61 (приемная), (3452) 48-73-64 (отдел договорной работы)(3452) 48-74-22 (бухгалтерия)ИНН/КПП 5502018378/720302001р/с 40501810500002000002 Отделение ТюменьУФК по Тюменской областиБИК 047102001 ОКПО 39341680л/с 20676Ц36670; л/с 22676Ц36670 3452487364@mail.ru **Главный врач Тюменской больницы****ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Л.А. Боярская** | **Пациент:****Ф.и.о.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |