ДОГОВОР №_____/20__
возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг

Медицинская карта №_____

г. Санкт-Петербург «__» _____ 20__г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №29» (СПБ ГБУЗ «СП № 29»), зарегистрированное Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Фрунзенскому району Санкт-Петербурга за основным государственным регистрационным номером 1027807998602 (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-00110-47/00553382 от 15.12.2011 года, выданная Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1. тел./факс: 8(812)314-04-43 (далее – **лицензия**)), в лице главного врача Окунева Михаила Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** и гражданин(-ка)_____
(Ф.И.О. заказчика или его законного представителя)
именуемый (-ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, совместно именуемые **«Стороны»**, руководствуясь Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», иными нормативными документами в соответствии со статьями 421, 428 Гражданского кодекса Российской Федерации и действующим законодательством РФ заключили настоящий договор (далее – **Договор**) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на **возмездной основе** медицинские (стоматологические) услуги в соответствии с перечнем установленным лицензией Исполнителя.
1.2. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания платных медицинских услуг, действующими у Исполнителя и Прейскурантом Исполнителя до заключения настоящего Договора.
1.3. Исполнитель предоставил Заказчику следующие сведения
- порядок оказания медицинской помощи;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1.4. Исполнитель ведет необходимую медицинскую документацию, обеспечивает ее сохранность, знакомит Заказчика со всей информацией и сведениями, содержащимися в ней согласно действующего законодательства РФ
1.5. Результаты осмотра Исполнителем Заказчика, план лечения, изменения и дополнения проводимого лечения, конкретный перечень оказанных медицинских (стоматологических) услуг, отражаются в медицинской карте Заказчика и заверяются его подписью (медицинская карта прилагается к Договору и является его неотъемлемой частью).
1.6. Объем подлежащих оказанию медицинских (стоматологических) услуг, ориентировочный срок их оказания (отдельных этапов) согласовывается Сторонами (после осмотра врачом Исполнителя), определяется общим состоянием здоровья Заказчика, медицинскими показаниями, пожеланиями Заказчика и техническими возможностями Исполнителя, что отражается в медицинской документации.
1.7. Заказчик соглашается с тем, что стоимость медицинских (стоматологических) услуг, согласованная с Заказчиком после осмотра, является предварительной. Точная стоимость услуг, оказанных Исполнителем, определяется после завершения лечения.
1.8. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
1.9. Исполнитель оказывает медицинские (стоматологические) услуги по настоящему Договору в помещениях, расположенных по адресу: 192284, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 69, корп. 1, литер А
1.10. Заказчик согласен с тем, что при оказании Исполнителем медицинских (стоматологических) услуг возможны изменения в ходе проведения лечебных мероприятий, что может повлечь увеличение стоимости медицинских (стоматологических) услуг и дополнительные расходы со стороны Заказчика.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:
2.1.1 Оказать Заказчику медицинские (стоматологические) услуги надлежащего качества в сроки, необходимые для качественного оказания медицинских (стоматологических) услуг.
2.1.2 Обеспечивать реализацию всех прав Заказчика, в соответствии с Федеральным законом №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными документами и действующим законодательством РФ.
2.1.3 Использовать при оказании медицинских (стоматологических) услуг методы диагностики, профилактики и лечения, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности с соблюдением предъявляемых к ним требований.
2.1.4 Довести до Заказчика полную и достоверную информацию о медицинском персонале Исполнителя, оказывающем услуги (работы), о технологии оказания услуг (выполнения работ), предполагаемых результатах лечения и возможных осложнениях в доступной для Заказчика форме (при необходимости под личную подпись).
2.1.5 Поставить в известность Заказчика о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема

оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, уменьшении срока гарантии, отразив их в медицинской карте Заказчика и иных документах под личную подпись.
2.1.6 Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
2.1.7 Соблюдать этические и моральные нормы, обеспечивать уважительное и гуманное отношение к Заказчику со стороны медицинских и иных работников Исполнителя, соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, а также врачебную тайну.
2.1.8 Давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания услуг или его законным представителям, а также государственным, судебным и иным уполномоченным органам.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Заказчика.
2.2.2. На основании клинических наблюдений и обследования, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливать (или подтверждать) диагноз.
2.2.3. Вносить изменения в план стоматологического лечения в зависимости от состояния Заказчика и определять необходимость дополнительных методов обследования и лечения.
2.2.4. Получать от Заказчика любую достоверную информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.
2.2.5. При отсутствии в день приема лечащего врача назначить Заказчику другого специалиста соответствующего профиля и квалификации или назначить другой срок для оказания медицинских (стоматологических) услуг.
2.2.6. Отложить или отменить лечебное мероприятие в случае обнаружения у Заказчика медицинских противопоказаний (в том числе в случае наличия у Заказчика признаков алкогольного, токсического или наркотического опьянения), а также при необеспечении Заказчиком гигиены полости рта.
2.2.7. При опоздании Заказчика на прием более, чем на 20 (двадцать) минут от назначенного Исполнителем времени, перенести лечебное мероприятие на другой срок, согласованный с Заказчиком.
2.2.8. Отказать в приеме Заказчику в случае, когда действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя и третьих лиц, а также в случае, когда состояние здоровья Заказчика не позволяет оказать медицинскую услугу надлежащего качества.
2.2.9. Отказать Заказчику в оказании услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями настоящего Договора личной подписью с указанием местожительства, регистрации, паспортных данных, а также при отказе подписать информированное согласие.
2.2.10. При отказе Заказчика от получения медицинской (стоматологической) услуги и требовании о возврате уплаченных денежных средств, удержать с Заказчика фактически понесенные Исполнителем расходы..
2.2.11. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями (организациями) и специалистами.
2.2.12. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных медицинских (стоматологических) услуг.
2.3. Заказчик обязуется:
2.3.1. Ознакомиться с информацией, размещенной на стендах в здании Исполнителя или находящейся в папке информации Исполнителя, в том числе с Правилами и порядком предоставления платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «СП №29», гарантийными обязательствами, действующим Прейскурантом цен Исполнителя, правилами поведения пациентов в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29».
2.3.2. Достоверно и полно сообщать информацию о состоянии своего здоровья.
2.3.3. Разрешить лечащему врачу Исполнителя проводить до медицинского вмешательства оценку состояния здоровья Заказчика. Заказчик дает согласие на проведение лечебных мероприятий с участием помощника врача (при необходимости).
2.3.4. Являться в точно установленное врачом Исполнителя время для проведения лечения. В случае неявки в назначенные сроки уведомить лечащего врача Исполнителя или сотрудников регистратуры.
2.3.5. Выполнять требования и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских (стоматологических) услуг, соблюдать внутренний распорядок, установленный на территории Исполнителя, соблюдать права других пациентов и персонала учреждения.
2.3.6. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов, болевых ощущений и/или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю.
2.3.7. При предоставлении Исполнителем гарантийного срока на услуги (работы) с профилактической целью посещать лечащего врача Исполнителя не реже 1 (одного) раза в 6 (шесть) месяцев.
2.3.8. Дать свое информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.
2.4. Заказчик имеет право:
2.4.1. На предоставление полной и достоверной информации об оказываемой медицинской (стоматологической) услуге.
2.4.2. В любое время отказаться от дальнейшего медицинского вмешательства и расторгнуть настоящий Договор, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части оказанных услуг (выполненных работ) (ст. 728 ГК РФ, ст. 32 Закона РФ от 07.02.1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей»).
2.4.3. На выбор лечащего врача с условием его согласия, дня и времени явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя.
2.4.4. Получать на основании заявления копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, а также знакомится с ними в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

3. ПОРЯДОК, ФОРМЫ И СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Расчеты за медицинские (стоматологические) услуги осуществляются в форме полной или частичной предоплаты, или оплаты оказанных медицинских (стоматологических) услуг непосредственно после их оказания в зависимости от вида оказываемых медицинских (стоматологических) услуг по согласованию с Исполнителем.
3.2. Оплата медицинских (стоматологических) услуг производится Заказчиком или его законным представителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления безналичных денежных средств на лицевой счет Исполнителя.
3.3. Заказчик осуществляет оплату в следующем порядке за:
3.3.1. терапевтическое, хирургическое, включая имплантацию, физиотерапевтическое лечение, а также за рентгенодиагностику в размере 100% от их стоимости в день оказания медицинской (стоматологической) услуги.
3.3.2. медицинские услуги (ортопедические, ортодонтические) в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя не менее 50% их стоимости. Заказчик обязан осуществить оплату оставшейся суммы не позднее дня окончания оказания услуг Исполнителем до окончательной фиксации работы в полости рта Заказчика.
3.4. Стоимость медицинских (стоматологических) услуг определяется, исходя из Прейскуранта, действующего у Исполнителя (в российских рублях). Прейскурант не прикладывается к настоящему Договору.
3.5. В случае, если в процессе оказания медицинских (стоматологических) услуг требуется предоставление дополнительных медицинских (стоматологических) услуг Исполнитель предупреждает об этом Заказчика после чего Стороны согласовывают их объем и стоимость.

3.6. В случае, когда медицинская (стоматологическая) услуга по желанию Заказчика, выполняется в ускоренном порядке, с Заказчика дополнительно взимается оплата в размере не менее 50% от стоимости, указанной в действующем Прейскуранте Исполнителя.
3.7. Прейскурант Исполнителя является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемых Исполнителем медицинских (стоматологических) услуг. Стоимость медицинской (стоматологической) услуги определяется по Прейскуранту Исполнителя на тот момент времени в который оказывается данная услуга или ее часть, отраженная в Прейскуранте Исполнителя.

4. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИИ.

4.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание медицинских (стоматологических) услуг, то есть выполнение составляющих услугу действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для таких услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.
4.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Заказчика, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых действий и условий, предъявляемых к услугам данного вида.
4.3. Гарантийный срок на медицинские (стоматологические) услуги определяется в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока, действующим у Исполнителя при условии выполнения Заказчиком в полном объеме всех назначений и рекомендаций лечащего врача.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, по причине нарушения его условий Заказчиком, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
5.2. Исполнитель **освобождается от ответственности** в случаях, если:
5.2.1. проявились осложнения (в том числе аллергия), связанные с тем, что Заказчик не предоставил Исполнителю полную достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.
5.2.2. осложнения наступили из-за не соблюдения врачебных рекомендаций;
5.2.3. наступили предусмотренные и указанные в Договоре (информированном добровольном согласии пациента на медицинское вмешательство) побочные эффекты, соответствующие объему медицинского вмешательства и обусловленные анатомическими особенностями организма и (или) выраженностью сопутствующего заболевания;
5.2.4. медицинская услуга оказана по требованию Заказчика, которая противоречит стандартным протоколам и методикам лечения применяемым Исполнителем;
5.2.5. в гарантийный период переделка и исправление работ в другом лечебном учреждении (организации), либо ремонт или исправление работы самим Заказчиком;
5.2.6. при отказе Заказчика от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий.
5.2.7. при возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении (организации);
5.2.8. в связи с истечением гарантийного срока на оказанные медицинские (стоматологические) услуги.
5.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

6. ФОРС-МАЖОР

6.1. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), которые возникли на территории исполнения настоящего Договора после его заключения, если неисполнение обязательств Сторон по Договору явилось следствием событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами.
6.2. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана информировать другую Сторону о наступлении подобных обстоятельств в письменной форме с приложением копий соответствующих документов в течении 14 (четырнадцати) дней после наступления таких обстоятельств.
6.3. В случае, если обстоятельства непреодолимой силы действуют более 3 (трех) месяцев, настоящий Договор считается расторгнутым без каких-либо взаимных обязательств.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение года, а в части неисполненных обязательств до момента полного исполнения обязательств. Договор считается продленным на каждый последующий год, в случае, если ни одна из Сторон не заявит о его прекращении.
7.2. Претензии Заказчика оформляются в письменной форме и рассматриваются Исполнителем в течение 10 (десяти) дней. Уполномоченным лицом от Исполнителя при рассмотрении претензии от Заказчика является главный врач, в сложных клинических случаях и при дорогостоящих услугах претензии Заказчика рассматриваются врачебной комиссией Исполнителя.
7.3. Исполнитель не принимает претензий Заказчика, в основе которых лежат частные мнения специалистов других медицинских учреждений и/или организаций.
7.4. Споры и разногласия решаются путем переговоров или в соответствии с решением врачебной комиссией Исполнителя. При недостижении согласия в досудебном порядке спор передается в суд общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя. Стороны могут изменить территориальную подсудность в соответствии с действующим законодательством РФ, при этом изменение подсудности Сторонами возможно до момента получения претензии любой из Сторон. В случае спора о защите прав потребителей – спор рассматривается в соответствии со ст.17 Закона РФ от 07.02.1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей».
7.5. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших 15 лет, а также в отношении граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители.
7.6. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.
7.7. При невостребовании Заказчиком готовых зубных протезов в течение 3 (трех) лет с момента их изготовления, возврат денежных средств Заказчику не производится.
7.8. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи - факсимиле в деловой переписке, при подписании настоящего Договора и приложений к нему.
7.9. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются документы, которые хранятся у Исполнителя: медицинская карта, информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства, Прейскурант цен на услуги, согласие на обработку персональных данных, счет на оказанные услуги, заказ-наряды, иные документы.
7.10. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	**Заказчик:**
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 29» (СПб ГБУЗ «СП №29») Юридический и фактический адрес: 192284, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 69, корп. 1, литер А **Банковские реквизиты:** ОГРН 1027807998602 л/с 0661029 в Комитете финансов Администрации Санкт-Петербурга ИНН 7816050390, КПП 781601001, ОКПО 02835714 тел. (812) 772-66-67 Главный врач СПБ ГБУЗ «СП № 29» _____ Окунев М.А. М.П.	_____ (ФИО Заказчика или его законного представителя) паспорт _____, выдан _____ _____ «__» _____ 20__года Адрес регистрации: _____ _____ эл. почта _____ тел. _____, _____, _____ _____ /_____/ (подпись) (расшифровка подписи)

Я, нижеподписавшийся_____
(Ф.И.О. Заказчика или его законного представителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №29» по настоящему Договору.
Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен (-а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

«___» _____ 20__года

_____/_____/
подпись расшифровка