

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Ставрополь

« _____ » _____ 20 ____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника № 1» города Ставрополя (ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Порфириадиса Михаила Павловича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

гражданин(ка) _____

_____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» медицинские услуги, на условиях, определенных настоящим Договором, а «Пациент» обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором:

СМЕТА

предоставляемых платных медицинских услуг

№	Код	Наименование услуги	Количество	Цена, руб.	Сумма, руб.
1					
2					
Итого, руб.:		Сумма прописью:			

1.2. Срок предоставления платных медицинских услуг зависит от индивидуального объема оказываемых услуг, что может составлять от 1 до 30 дней со дня обращения «Пациента».

1.3. При необходимости «Пациенту» могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Пациента» и согласовать перечень, стоимость, условия и сроки ожидания, заключить новый договор.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются «Исполнителем» на основании лицензии, согласно выписке из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности № Л041-01197-26/00358521, выданной 04.12.2020 г., срок действия - бессрочно, лицензирующий орган Министерство здравоохранения Ставропольского края, адрес: **355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8 800 200 25 03**. Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической, физиотерапии; при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Оплата медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1. настоящего договора, согласно прейскуранту, составляет:

_____ рублей.

2.2. Оплата медицинских услуг «Пациентом» осуществляется на основании составленной сметы предоставляемых платных медицинских услуг, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору «Пациента».

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» обязуется:

3.1.1. Организовать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с законами и подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе в соответствии с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника №1» города Ставрополя, в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях и на основе клинических рекомендаций.

3.1.2. Обеспечить «Пациента» бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской услуге;

3.1.3. Информировать об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, о имплантированном в организм человека медицинском изделии.

3.1.4. Выдать «Пациенту» по его запросу после исполнения настоящего Договора копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья.

3.2. «Пациент» обязуется:

3.2.1. Оплачивать услуги «Исполнителя» в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.2. Информировать «Исполнителя» о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Выполнять все требования «Исполнителя» во время оказания услуги и всего курса лечения, в том числе определенным на период временной нетрудоспособности.

3.2.4. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.3. «Исполнитель» имеет право:

3.3.1. Получать от «Пациента» информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. «Пациент» имеет право:

3.4.1. Получать от «Исполнителя» услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. «Пациент» и «Исполнитель» обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Ответственность сторон

4.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Пациента».

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Пациенту» в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления «Пациентом» неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.2.2. настоящего

договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.2.3. настоящего договора.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием непреодолимой силы, а именно пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. В случае отказа «Пациента» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом «Пациент» и (или) заказчик оплачивают «Исполнителю» фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.2. В случае если по каким-либо причинам, независящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых «Пациенту» услуг, предусмотренный настоящим договором сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с «Пациента» удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный «Пациентом» по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6. Прочие условия

6.1. Договор вступает в силу с даты его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.2. «Пациент» дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения условий настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья.

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

8. Юридические реквизиты сторон

«Исполнитель»

«Пациент»

ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя

Адрес юридический: 355000, Ставропольский край, Ставрополь г., Доваторцев ул., д.50/2

Адрес фактический: 355000, Ставропольский край, Ставрополь г., Доваторцев ул., д.50/2, тел.34-95-29, 77-80-88

СК, г. Ставрополь, ул. Мимоз, д.22а, тел.74-80-49.

СК, г. Ставрополь, пер. Шеболдаева, д.8, тел. 34-97-96,

СК, г. Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ, 20/4, тел.: 55-23-69

СК, г. Ставрополь, пр-т Ворошилова, 7/2а, тел.: 55-00-53

СК, г.Ставрополь, ул.Пушкина,8-а/
8 ул.Морозова, тел: 34-92-77

ИНН 2635070950 КПП 263501001

ОГРН 1032600964076

Ф.И.О. _____

Паспорт _____

Адрес: _____

Тел. _____

(подпись)

(свидетельство о постановке на учет
Российской организации в налоговый орган
по месту её нахождения серия
26 № 004107489 поставлена на учет
19.11.2003 г выдано Межрайонной
инспекцией ФНС №12 по СК)
БАНК: ОТДЕЛЕНИЕ СТАВРОПОЛЬ БАНКА
РОССИИ//УФК по Ставропольскому краю г.
Ставрополь
БИК 010702101,
р/с 03224643070000002101 получатель
Министерство финансов СК (л/с 045.40.198.8)
Единый казначейский счет
40102810345370000013
Главный врач _____М.П. Порфириадис
(подпись)

АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ РАБОТ

Медицинские услуги согласно договору № _____ от «____» _____ 202__ выполнены в полном объеме. Оплата произведена полностью. Взаимных претензий не имеем.
Врач: _____

«Исполнитель»
ГАУЗ СК «ГСП № 1» г. Ставрополя
Адрес юридический:
355000, Ставропольский край,
Ставрополь г., Доваторцев ул., д.50/2
Адрес фактический: 355000,
Ставропольский край, Ставрополь г.,
Доваторцев ул., д.50/2,
тел.34-95-29, 77-80-88
СК, г. Ставрополь, ул. Мимоз, д.22а,
тел.74-80-49.
СК, г. Ставрополь, пер.. Шеболдаева,
д.8, тел. 34-97-96,
СК, г. Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ,
20/4, тел.: 55-23-69
СК, г. Ставрополь, пр-т Ворошилова,
7/2а, тел.: 55-00-53
СК, г.Ставрополь, ул.Пушкина,8-а/8
ул.Морозова, тел: 34-92-77
ИНН 2635070950 КПП 263501001
ОГРН 1032600964076

«Пациент»
Ф.И.О. _____
Паспорт _____
Адрес: _____
Тел. _____

(подпись)

(свидетельство о постановке на учет
Российской организации в налоговый
орган по месту её нахождения серия
26 № 004107489 поставлена на учет
19.11.2003 г выдано Межрайонной
инспекцией ФНС №12 по СК)
БАНК: ОТДЕЛЕНИЕ
СТАВРОПОЛЬСКОГО БАНКА
РОССИИ//УФК по Ставропольскому
краю г. Ставрополь
БИК 010702101,
р/с 03224643070000002101 получатель
Министерство финансов СК л/с
045.40.198.8
Главный врач _____М.П. Порфириадис
(подпись)