Договор о предоставлении платных медицинских услуг № _____
г.Уфа « » 202__ г.

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфа (далее - ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфа), ИНН 0276015759, ОГРН 1030204209606, зарегистрировано Межрайонной ИФНС № 39 по РБ, лист записи в ЕГРЮЛ форма № 50007 выдан 28.01.2016 г., в лице заместителя главного врача по медицинской части **Яркеевой Эльзы Робертовны**, действующего на основании доверенности № 2 от 12.01.2022 г., именуемый в дальнейшем "Исполнитель", и _____ (ФИО), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик (Пациент)», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель, имеющий лицензию на медицинскую деятельность Л10-02-01-003663 от 20.02.2015г. (на оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной, специализированной медико-санитарной помощи, в процессе которых выполняются работы, оказываются услуги по рентгенологии, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, проведению медицинских экспертиз но временной нетрудоспособности), выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенном по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел: +7(347) 218-00-81, обязуется оказать Заказчику(Пациенту) нижеперечисленные платные медицинские услуги (далее - Услуги), а Заказчик(Пациент) обязуется оплатить их.

1.2. Перечень и стоимость оказываемых Услуг, предоставляемых Заказчику (Пациенту), соответствует Прейскуранту Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора:

Наименование услуги (код)	Кол-во	Срок исполнения	Стоимость по прейскуранту	Фактическая стоимость	Гарантийные сроки

1.3. Исполнитель оказывает Услугу, в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации, регулируемыми предоставление гражданам платных медицинских услуг, Заказчику(Пациенту) по адресу: 450073, РБ г. Уфа. ул. Гагарина. 20, ответственное лицо от Исполнителя - лечащий врач: _____.

1.4. Срок оказания услуги с _____ . - по _____ .

2. Условия оказания медицинских услуг

2.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии со Стандартами и Порядками оказания медицинской помощи, на основе Клинических рекомендаций (протокола лечения) и плана лечения, составленного медицинским работником, оказывающим медицинские услуги.

2.2. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора сторонами, информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг, оплаты Заказчиком цены услуг в предусмотренном договором порядке.

2.3. Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) возможность ознакомиться с правами и обязанностями сторон договора, предусмотренными Федеральными законами РФ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", "О защите прав

потребителей", Правилами предоставления платных медицинских услуг, перечнем платных услуг и их стоимости по Прейскуранту, информирует о квалификации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги.

2.4. Заказчик(Пациент) обязан информировать медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, подписать информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказания платных медицинских услуг, предоставлять необходимые документы для оформления медицинской документации.

2.5. Заказчик(Пациент) подтверждает, что понимает возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Выбор платных медицинских услуг является осознанным и добровольным.

2.6. Заказчик(Пациент) должен явиться на прием в назначенное время, в случае отсутствия возможности известить медицинского работника, оказывающего медицинские услуги, по телефону: 8/347/236-34-20, выполнять назначения и рекомендации медицинского работника, соблюдать лечебный режим, своевременно сообщать обо всех изменениях в состоянии здоровья, связанных с получаемой медицинской услугой.

2.7. Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг в случаях выявления у Заказчика(Пациента) острой психиатрической, фтизиатрической, инфекционной патологии, состояния алкогольного или наркотического опьянения, отказа Заказчика(Пациента) от проведения медицинских процедур, невыполнения им назначений и рекомендаций медицинского работника, несоблюдения лечебного режима.

2.8. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику(Пациенту) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых при предоставлении платных медицинских услуг.

2.9. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика(Пациента) с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением нового договора.

2.10. 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 от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.11. В случае отсутствия соответствующих возможностей у Исполнителя для оказания предусмотренных договором услуг Заказчик(Пациент) с его согласия направляется в другие специализированные медицинские учреждения.

2.12. В случае отказа потребителя (заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует

Заказчика (Пациента) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Пациента), при этом Заказчик (Пациент) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3. Порядок расчетов

3.1. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком (Пациентом) в полном объеме после подписания договора согласно прейскуранту путем внесения полной оплаты (с согласия Заказчика) денежных средств в день оказания услуги в кассу Исполнителя или путем передачи им денежной суммы банку, кредитной организации, платежному агенту, банковскому платежному агенту (субагенту) или иной организации, оказывающей в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации платежные услуги населению, в том числе с использованием электронных денежных средств.

3.2. В случаях невозможности оказания медицинской услуги, возникшей по вине Заказчика(Пациента), или если невозможность оказания услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик (Пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Исполнитель обязан хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика (Пациента), руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.3. Заказчик (Пациент) вправе предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной услуги (выполненной работы), если они обнаружены в течение гарантийного срока, а при его отсутствии в разумный срок, не превышающий двух лет со дня принятия оказанной услуги (выполненной работы) (абз. 2 п. 3 ст. 29 Закона "О защите прав потребителей"). Претензии Заказчика (Пациента) об устранении недостатков оказанной услуги, удовлетворении отдельных требований, отказе от исполнения договора, о сроке устранения недостатков оказанной услуги удовлетворяются Исполнителем в соответствии с требованиями статей 27-31 Закона о защите прав потребителей.

4.4. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком(Пациентом) по поводу срока оказания услуги, качества оказанной услуги спор разрешается путем переговоров между сторонами. Если в процессе переговоров стороны не придут к компромиссу, спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Заключительные положения

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в судебном порядке, а Заказчиком (Пациентом) также в любое время в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

5.2. Заказчик(Пациент) дает согласие на обработку его персональных данных в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ.

5.3. Стороны признают, что со стороны Исполнителя Договор подписывается факсимильной подписью заместителя главного врача по медицинской части и имеет равную юридическую силу подлинной подписи заместителя главного врача по медицинской части.

5.4. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, имеющих равную юридическую силу, вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

5.5. Условия настоящего Договора могут быть изменены, либо Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с обязательным составлением письменного документа.

6. Банковские реквизиты, адреса и подписи сторон

<p>Исполнитель: ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфа, зарегистрировано Межрайонной ИФНС № 39 по РБ, лист записи в ЕГРЮЛ форма № 50007 выдан 28.01.2016 г., 450073, РБ г. Уфа. ул. Гагарина. 20 тел.8(347) 2-36-34-20 ИНН 0276015759, КПП 027601001, ОГРН 1030204209606, р/с40601810400003000001, л/с 20112042300 в отделении НБ Банка РБ БИК 048073001, ОКТМО 80701000001 Договор со стороны Исполнителя подписывается факсимильной подписью заместителя главного врача по медицинской части Подпись _____ Яркеева Э. Р. Лечащий врач _____ М.П.</p>	<p>Заказчик (Пациент) ФИО С условиями Договора на оказание платных медицинских услуг, информированного согласия ознакомлен(а) и согласен(а) _____ (подпись, дата) Адрес: Иные адреса: Документ, удостоверяющий личность: Телефон: _____ (подпись, дата)</p>
---	---

Акт на оказание медицинских услуг по Договору № _____.
« » 202__ г..

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфа, в лице заместителя главного врача по медицинской части **Яркевой Эльзы Робертовны**, действующего на основании доверенности № 2 от 12.01.2022 г., с одной стороны и Пациент _____ с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал Заказчику (Пациенту) следующие услуги:

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных Исполнителем услуг и к договорной стоимости медицинских услуг Заказчик (Пациент) не имеет.

«Лечащий врач» ФИО Адрес: 450073, РБ, г.Уфа, ул.Ю.Гагарина, д.20 Телефон: 8 /347/ 236-34-20 Подпись: _____ _____ 2022 г. М.П.	Заказчик (Пациент) ФИО Адрес: Телефон: Подпись: _____ _____ 2022 г.
--	--