

(ФИО «Потребителя»)

до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я информирован 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Кроме того, я уведомлен, о том, что граждане, находящиеся на лечении в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Уведомлен Исполнителем и осознаю, что в случае если оказываемые в рамках Договора Услуги полностью или частично входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и (или) иные программы, финансируемые из средств соответствующего бюджета, то пациент вправе получить такие Услуги бесплатно в соответствующих видах, объемах, порядке и на условиях, определяемых программами. Даю свое согласие на получение полного комплекса услуг в рамках настоящего договора на платной основе.

✓ /  
подпись потребителя / Ф.И.О.

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

возмездного оказания медицинских стоматологических услуг.

г. Белгород

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1 города Белгорода», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество врача)

действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_, Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе серии 31 № 002535381, выдано ИФНС по г. Белгороду, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01154-31/00349787 от 10.07.2020. Период действия: бессрочно. Выдана Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области (308005, Россия, Белгородская область, город Белгород, Свято-Троицкий бульвар, дом № 18, тел. 8 (4722) 32-14-47). Виды услуг, оказываемых в составе лицензируемого вида деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии, челюстно-лицевой хирургии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, челюстно-лицевой хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны, и

Фамилия, имя, отчество Потребителя (законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны,

(УКАЗАННЫЙ РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ, ЕСЛИ «ЗАКАЗЧИК» НЕ ЯВЛЯЕТСЯ «ПОТРЕБИТЕЛЕМ»  
и  
(Ф.И.О. (полностью) - физического лица, наименование - юридического лица, ИНН, ОГРН, имеющего намерение заказать (приобрести), либо заказывающее

(приобретающее) медицинские услуги в пользу «Потребителя»  
именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны,

совместно именуемые «Стороны», заключили Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет и цена договора.

1.1 Исполнитель, на основании обращения Потребителя (Заказчика) обязуется оказать платные медицинские услуги, далее услуги:

Treatment

перечень услуг, оказанных Потребителю в соответствии с медицинской картой пациента и преискуранта поликлиники

либо услуги, перечень которых указан в наряде, являющемся неотъемлемой частью Договора:

номер наряда и дата

Качество предоставляемых услуг отвечает требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида, а Потребитель (Заказчик) оплачивает их на условиях настоящего Договора.

1.2. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года №736), положения Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», положения Федерального закона от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

1.3 Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресам: г. Белгород, ул. Преображенская, д. 56.

### 2. Цена Договора, условия и сроки предоставления Услуг.

2.1 Стоимость Услуг определяется Исполнителем, исходя из Плана обследования и (или) Плана лечения и согласовывается с Потребителем (Заказчиком), в соответствии с действующим Преискурантом, который в доступной форме размещен в холле здания медицинской организации, а также в сети интернет на сайте: <http://stomat1bel.belzdrav.ru>

2.2 Потребитель соглашается с тем, что оплата Услуг производится в наличной и безналичной форме на условиях 100% предоплаты.

2.3. Перечень предоставляемых услуг по настоящему договору и их стоимость указываются в заказе-наряде и в кассовом чеке являющихся неотъемлемой частью договора. Потребитель соглашается с тем, что стоимость услуг, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения.

2.4. В случае лечения пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.5. Услуги по настоящему договору начинают оказываться непосредственно после его заключения и должны быть исполнены в срок до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

✓ / KlientSokr /

### 3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Услуги в соответствии с договором и планом лечения, зафиксированным в медицинской карте Потребителя.

3.1.2. Информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата, а также о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дисфортиках, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования.

3.1.3. Информировать Потребителя о стоимости Услуг, в соответствии с согласованным планом лечения. В случае, если при исполнении договора потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя не предоставлять такие услуги.

3.1.4. Установить для Потребителя гарантийный срок, согласно положению о гарантийных сроках и сроках службы Исполнителя от 01.07.2023г №128.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Получить информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

3.2.2. Исполнитель может заменить лечащего врача Потребителя по личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и т.п.).

3.2.3. Приостановить оказание Услуг, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего оказания Услуг. В этом случае стороны обязаны в 1-дневный срок рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания Услуг по договору.

3.2.4. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в случаях: наличия медицинских противопоказаний, отсутствия уверенности в достижении положительного результата лечения, отсутствия условий для исполнения обязательств, когда действия Потребителя делают невозможным исполнение услуги в целом или надлежащего качества и могут угрожать его здоровью и здоровью других лиц (сотрудникам учреждения, посетителям, пациентам и др.); нарушения плана лечения, режима проводимых процедур, неоднократного неисполнения рекомендаций врача, появления на приеме в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, возникновения последствий и осложнений, о которых Потребитель был предупрежден до начала оказания услуг, состояния здоровья, не позволяющего продолжать стоматологическое лечение, если Потребитель отказывается от необходимого дополнительного комплекса обследований, лечения или от оплаты дополнительных необходимых услуг, от которых зависит результат лечения; неявки на очередной сеанс лечения в течение более (30 дней) от назначенной даты. Об отказе от исполнения обязательств, Исполнитель извещает Потребителя в письменном виде. Договор прекращается с момента получения уведомления.

3.2.5. Отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг при условии полного возмещения заказчику фактически понесенных им убытков.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем Услуг.

3.3.2. Строго следовать плану лечения, соблюдать все назначения и рекомендации, немедленно известить врача о любых осложнениях или отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.3.3. Оплатить Услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На предоставление исполнения услуг по договору.

3.4.2. Отказаться от исполнения договора при условии информирования об этом Исполнителя не менее чем за 3 дня, оплатив при этом фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.4.3. На получение после исполнения Договора медицинских документов (копий, выписок из них) отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Данные сведения выдаются на основании письменного заявления Потребителя (законного представителя) в порядке и сроки, установленные приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

#### 4. Гарантийные обязательства.

4.1. Стороны договорились, что гарантийные обязательства сохраняются при соблюдении Потребителем плана лечения и следующих условий:

-Потребитель обязан регулярно соблюдать правила гигиены полости рта и проводит профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в течении одного года гарантийных обязательств;

-Потребитель не реже одного раза в полгода обращается к своему лечащему врачу для прохождения бесплатного профилактического осмотра полости рта;

-Потребитель не проходит коррекцию Услуг и работ, исполненных Исполнителем, в других стоматологических учреждениях;

-В случае обращения Потребителя в другое лечебное учреждение за неотложной стоматологической помощью, он должен предоставить выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки.

Гарантийный срок составляет \_\_\_\_\_ месяцев, который начинается с момента завершения оказания услуг, а именно с

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

4.2. Гарантийные сроки и обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Потребителя в период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих тканях, а так же, в случае невыполнения данных в ходе и по окончании лечения рекомендаций лечащего врача, и в случае неявки пациента без уважительной причины на профилактический осмотр.

Необходимо пройти осмотр до

/ ✓ /

Дата гарантийного осмотра

Подпись пациента (ознакомлен и согласен)

Подпись и печать врача о прохождении осмотра

#### 5. Сроки действия договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств, предусмотренных настоящим договором.

#### 6. Ответственность сторон, ФОРС-МАЖОР

6.1. Стороны несут ответственность за нарушение сроков оказания Услуг, причиненный вред, другое неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Стороны не несут ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательства по настоящему договору, если докажут, что это произошло вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), возникших после заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами, и Стороны предприняли все возможные и зависящие от них меры по надлежащему исполнению своих обязанностей. К форс-мажорным обстоятельствам относятся, в частности: индивидуальная непереносимость организма пациента на применяемые стоматологические материалы (в т.ч. отторжение имплантата), аллергические реакции и т.д. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств срок выполнения обязательств по настоящему договору переносится на период, в течение которого действуют такие обстоятельства и их последствия, либо договор, может быть расторгнут по соглашению сторон. При этом Стороны возмещают друг другу фактически понесенные расходы.

7. Порядок изменения и расторжения договора, дополнительные условия.

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны уполномоченными лицами сторон.

7.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон или решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации. Договор, может быть, расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

7.3. Во всём остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

«Исполнитель»

«Потребитель/Законный представитель»

«Заказчик»

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1  
г. Белгорода  
308009, г. Белгород. ул. Преображенская, 56

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

ФИЛИАЛ N3652 ВТБ (ПАО) в г. Воронеж  
ОГРН 1023101661307  
р/с 40603810516160005019  
к/с 30101810100000000855  
БИК: 042007855  
ИНН: 3125012350  
КПП: 312301001  
Тел. (4722) 33-90-03, 25-71-57

кем выдан \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

Дом.адрес \_\_\_\_\_

Дом.адрес \_\_\_\_\_

Адрес для ответов на письменные обращения:

Телефон: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_  
(полномочного по доверенности)

Подпись ✓ \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Услуги по настоящему договору оказаны в полном объеме, претензий не имею. Экземпляр договора с приложениями на руки получил, условия договора мне понятны, с ними согласен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. ✓ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /