|  |
| --- |
| Приложение № 8к приказу главного врачаБУЗ УР «Глазовская ГСП МЗ УР»от 01.09.2023. №65/01-04 **Договор б/н**  **на оказание платных медицинских услуг**   |

г.Глазов «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Глазовская городская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» ОГРН 1021801092312 от 30.09.2002, выданный Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам сборам по г. Глазову Удмуртской Республики ИНН 1829004111, в лице исполняющей обязанности главного врача Сивковой Ирины Юрьевны, действующего на основании Распоряжения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики от 15.08.2023г. № 446-к и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01129-18/00552179 от «28» марта 2019 года, выданной Министерством здравоохранения Удмуртской Республики (426008, Удмуртская Республика, г. Ижевск, пер.Интернациональный, д.15, тел. (3412) 60-23-00), с перечнем работ (услуг) согласно приложениям к лицензии при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в амбулаторных условиях, по рентгенологии, физиотерапии, стоматологии, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, хирургической, детской, ортодонтии, стоматологии ортопедической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий на основании законодательства РФ, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту в соответствии с поставленным диагнозом следующие платные медицинские услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее - Услуги), несовершеннолетнему пациенту в возрасте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с письменного согласия его законного Представителя, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а законный Представитель обязуется оплатить их в порядке, размере и условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Срок предоставления Услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

1.3.1 Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3.2. Возраст (лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3.3.: Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Права и обязанности сторон**

2.1. Представитель несовершеннолетнего/несовершеннолетний пациент имеет право на:

2.1.1. Обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.1.2. Выбор лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.1.3. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, на передачу этой информации с его согласия третьим лицам.

2.1.4. Подписание добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство (отказ от медицинского вмешательства).

2.1.5. Получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии здоровья.

2.2. Представитель несовершеннолетнего/несовершеннолетний пациент имеет право на::

2.2.1. Оплатить Услуги в размере и порядке, предусмотренными настоящим договором.

2.2.2. До начала оказания Услуг сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказанных к применению каких-либо лекарств и процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание Услуг.

2.2.3. Выполнять все требования, указания и рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время оказания Услуг.

2.2.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов. Посещать Исполнителя для контрольных профилактических осмотров в период реабилитации в установленное время.

2.2.5. При оказании Услуг сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия. В случае возникновения осложнений незамедлительно обращаться к лечащему врачу, а в случае его отсутствия – к другому врачу Исполнителя.

2.2.6. Отказаться на весь период оказания Услуг от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, напитков, содержащих алкоголь.

2.2.7. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарственных трав, мазей и т.д. и т.п.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Пациента соблюдения графика приема врачей-специалистов, указаний, рекомендаций и других предписаний. В случае не исполнения данных требований отказаться от исполнения настоящего договора.

2.3.2. В случае возникновения неотложных ситуаций Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Оказать Услуги в соответствии с поставленным диагнозом и с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, которые разрешены на территории РФ.

2.4.2. Согласовать с Пациентом характер и объем медицинских услуг.

2.4.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну), в порядке определенном действующим законодательством РФ.

2.4.4. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании Услуг.

2.4.5. В полном объеме информировать Пациента, его поверенного или законного представителя о выявленном состоянии его здоровья с учетом согласия Пациента на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4.6. По требованию Пациента предоставить последнему для ознакомления копию Учредительного документа Исполнителя, копию лицензии с приложениями на осуществление медицинской деятельности.

**3. Цена и порядок расчетов**

3.1. Стоимость Услуг по настоящему договору определяется Прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

3.2. Оплата Пациентом оказанных Услуг производится непосредственно после оказания Услуги предусмотренной пунктом 1.1. настоящего договора. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через счет Исполнителя.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

4.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений, требований, указаний и рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья).

4.2.2. Прекращения лечения по инициативе Пациента.

4.3. В случае отказа Пациента после заключения настоящего договора от получения 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.

**5. Прочие условия**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств принятых по настоящему договору.

5.2. Настоящий договор может быть изменен и расторгнут по соглашению сторон, а также в случаях предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.3. Все споры и разногласия по настоящему договору будут решаться путем переговоров. В случае невозможности урегулировать спор путем переговоров он подлежит рассмотрению в суде. Выбор способа защиты Стороны выбирают самостоятельно.

5.4. Пациент подтверждает, что до заключения настоящего Договора Исполнитель:

- уведомил его, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента;

- в доступной форме ознакомил его с информацией о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- в доступной форме ознакомил его с информацией, включающей в себя сведения о лицензии Исполнителя, месте его нахождения, режиме оказания услуг, перечне медицинских услуг Исполнителя, а также иными локальными нормативными актами Исполнителя.

- информацию о враче, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;

- сроки ожидания предоставления платных услуг;

- порядок осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи;

Указанная информация является открытой и расположена на информационных стендах в регистратуре Исполнителя или на сайте <http://stoma-glazov.ru>.

5.5. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками Прейскуранта, информацией о гарантиях, правилами оказания медицинских услуг в клинике, информацией о методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, преимуществах и недостатках различных планов лечения.

5.6. Пациент согласен получить медицинские услуги у Исполнителя на платной основе.

5.7. По всем вопросам, не урегулированным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5.8. Настоящий договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон договора. Один экземпляр договора выдан на руки Пациенту.

**6. Порядок и условия выдачи копии медицинской документации**

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

**7. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:Бюджетное учреждение здравоохраненияУдмуртской Республики «Глазовская городская стоматологическая поликлиника Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»Адрес: 427620, г. Глазов, ул. Дзержинского, д.1 «Г»И.о.главного врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Ю.Сивкова/ | Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_ Выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрирован\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |