

## ДОГОВОР №

### о предоставлении платных медицинских услуг

Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 8» (СПб ГБУЗ «СП № 8»), расположенное по адресу: 195027, г. Санкт-Петербург, пр. Большеохтинский проспект, д. 27, литера А, ОГРН 1027804187729, ИНН 7806004042, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Старковой Софьи Юрьевны, действующего на основании приказа Главы администрации Красногвардейского района Санкт-Петербурга от 18.10.2005г. № 293-к, в соответствии с лицензией № ЛО41-01148-78/00575054 от 04.07.2016 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (адрес: 191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, тел./факс: (812) 314-04-43), на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической;

при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги) по : экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором **ИСПОЛНИТЕЛЬ** принимает на себя обязательства оказать **ЗАКАЗЧИКУ** на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению к договору о предоставлении платных медицинских услуг.

#### 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. **ЗАКАЗЧИК** информирован о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в г. Санкт-Петербурге.

2.2. **ЗАКАЗЧИК** ознакомлен с перечнем, условиями и сроками ожидания предоставленных услуг, отказывается от предоставления услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в г. Санкт-Петербурге и дает информированное согласие на их реализацию за плату.

2.3. Ответственный за исполнение условий договора

---

(фамилия, имя, отчество врача, подпись)

2.4. При оказании медицинской помощи применяются материалы и медикаменты **Исполнителя**.

#### 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Медицинская услуга предоставляется **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**, оплачивается **ЗАКАЗЧИКОМ** по действующему на момент обращения прейскуранту.

3.2. Порядок платежа:

- путем расчета с выдачей контрольно-кассового чека.

3.3. **ЗАКАЗЧИК** производит оплату за выполненный объем работ в день оказания медицинской услуги.

#### 4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязан:

4.1.1 Предоставлять медицинские услуги, качество которых соответствует требованиям законодательства Российской Федерации.

4.1.2. Информировать пациента о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений.

4.2 **ЗАКАЗЧИК** обязан:

4.2.2. Своевременно оплатить **ИСПОЛНИТЕЛЮ** стоимость медицинских услуг, предоставленных ему.

4.2.3. Неукоснительно следовать всем рекомендациям лечащего врача, предоставлять сведения о состоянии своего здоровья. Невыполнение рекомендаций и назначений врача рассматриваются как одностороннее нарушение условий настоящего договора.

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. **ЗАКАЗЧИК** вправе в случае некачественного и ненадлежащего исполнения медицинской услуги, нарушения сроков исполнения услуги:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения затрат в установленном законодательством порядке.

**5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренных законом.

## 6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

**6.1.** Предоставить право врачу устанавливать гарантийный срок на выполненную работу, учитывая объем работы, наличие перенесенных и сопутствующих заболеваний, соблюдение рекомендаций врача, с последующей отметкой в медицинской карте под роспись пациента.

**6.2** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

**7.1.** При возникновении разногласий между **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** и **ЗАКАЗЧИКОМ** по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путем переговоров или на заседании врачебной комиссии (ВК) поликлиники (города).

**7.2.** При невозможности решения спорных вопросов путем переговоров или заключения ВК стороны разрешают их в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИЙ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (ИХ КОПИЙ) И ВЫПИСОК ИЗ НИХ

**8.1.** Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе (при личном обращении или по почте).

**8.2.** При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

**8.3.** Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

**8.4.** Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в СПб ГБУЗ «СП №8» запроса не должен превышать 30 дней со дня регистрации письменного обращения.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

**9.1.** Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами.

**9.2.** Срок действия настоящего договора: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Если по истечении срока действия договора ни одна из сторон не заявляет о необходимости его расторжения, такой договор считается пролонгированным.

**9.3.** Договор составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу.

## 10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №8»

195027, г. Санкт-Петербург, пр. Большеохтинский  
проспект, д. 27

тел.: 227-14-13

Главный врач \_\_\_\_\_ (Старкова С.Ю.)

### ЗАКАЗЧИК:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О Заказчика или законного представителя Заказчика)

\_\_\_\_\_  
(данные документа, удостоверяющего личность Заказчика, законного  
представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)