

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** ознакомлен с перечнем, условиями и сроками ожидания предоставляемых услуг и дает информированное согласие на их реализацию за плату.

2.2. Ответственный за исполнение условий договора

(фамилия, имя, отчество врача, подпись)

2.3. 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 в виде авансирования в размере не ниже пятидесяти процентов от общей стоимости зубопротезирования в день начала работ. Окончательный расчет производится в день окончания работ.

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)