

Уведомление

Потребителю _____
(Фамилия, имя, отчество)

при заключении договора была предоставлена информация о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий.

Дата: _____

Подпись: **V** _____

Добровольное информированное согласие пациента на оказание медицинских услуг на платной основе при стоматологическом вмешательстве

(ст. 20 ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)

Потребитель _____
(Фамилия, имя, отчество)

получил информацию о диагнозе заболевания, методах обследования и лечения, возможных осложнениях, вероятном течении и исходе после лечения, согласен на медицинские манипуляции необходимые для стоматологического вмешательства.

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Дата: _____

Подпись: **V** _____

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Вологда

"__" _____ 20__ г.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская стоматологическая поликлиника», лист записи Единого государственного реестра юридических лиц (форма №350007) от 30.06.2017г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 11 по Вологодской области, Лицензия ЛО-35-01-002417 выдана 28 июля 2017 года (дата окончания действия лицензии: бессрочно) Департаментом здравоохранения Вологодской области (160000, г. Вологда ул. Предтеченская 19, телефон: 8 (8172) 23-00-70, факс: 8 (8172) 23-00-70 2) согласно которой оказание 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; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи, в лице заведующего лечебно-хирургическим отделением №1 Цветковой Елены Владимировны, действующего на основании доверенности от 04.07.2022 г. № 294/1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Потребитель _____

_____ проживающий(ая) по адресу: _____

(полный адрес)

паспорт серии _____ № _____, выдан «____» _____ 20__ г. _____

(наименование выдавшего органа)

код подразделения _____, телефон _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг с личного согласия потребителя. Потребитель поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги: Врач/медицинский работник, предоставляющий платную медицинскую услугу: _____.

Наименование работ (услуг)		Виды работ (услуг)	Сумма
Терапевтическая стоматология	☐		
Хирургическая стоматология	☐		
Рентгенология	☐		

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Срок оказания медицинской услуги зависит от объема предстоящего лечения и определяется индивидуально с Потребителем.

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту, составляет _____.

2.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем в полном объеме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя и/или с использованием банковских карт.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется оказать медицинскую услугу качественно и в установленные сроки. Основные возможные осложнения: _____

3.2. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их

вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

В случае, если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель устраняет осложнения, без дополнительной оплаты.

3.3. Потребитель обязуется до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.

3.4. Потребитель, находящийся на лечении в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в БУЗ ВО «ВГСП».

4. Ответственность сторон

4.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель в праве по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.3. Потребитель обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине потребителя.

5. Расторжение договора

5.1. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон.

5.2. Потребитель вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявлены недостатки оказанной услуги и в срок _____ месяцев недостатки не устранены Исполнителем. Потребитель вправе расторгнуть договор также в случае, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

5.3. Договор, может быть, расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

6. Прочие условия

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

6.3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

6.4. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 рабочих дней.

7. Адреса и реквизиты сторон

«Исполнитель»

«Потребитель»

бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодская городская стоматологическая поликлиника»

ИНН 3525404425 КПП 352501001 ОГРН 1173525021328

адрес: 160001, г. Вологда, ул. Батюшкова, д. 9.

Тел. +7(8172)721086, E-mail: priemnaya@gsovol.ru

Банковские реквизиты: департамент финансов Вологодской области (БУЗ

ВО «ВГСП» л/с 008.20.103.1) р/с: 03224643190000003000 в Отделении

Вологда Банка России//УФК по Вологодской области г. Вологда

БИК: 011909101, кор/счет: 40102810445370000022

Сайт: <http://gspsvol.ru/>

Заведующий лечебно-хирургическим
отделением №1

_____ Цветкова Е.В.

Подпись: **V** _____

Акт приёмки – сдачи выполненных работ (оказанных услуг)

г. Вологда

"__" _____ 20__ г.

бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Вологодская городская стоматологическая поликлиника» и потребитель _____,

составили настоящий акт в том, что в соответствии с договором от «__» _____ 20__ года предоставлены платные медицинские услуги в полном объеме на сумму: _____ взаимных претензий не имеем.

«Исполнитель»

«Потребитель»

бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области
«Вологодская городская стоматологическая поликлиника»

ИНН 3525404425 КПП 352501001 ОГРН 1173525021328

адрес: 160001, г. Вологда, ул. Батюшкова, д. 9.

Тел. +7(8172)721086, E-mail: priemnaya@gsovol.ru

Банковские реквизиты: департамент финансов Вологодской области (БУЗ

ВО «ВГСП» л/с 008.20.103.1) р/с: 03224643190000003000 в Отделении

Вологда Банка России//УФК по Вологодской области г. Вологда

БИК: 011909101, кор/счет: 40102810445370000022

Сайт: <http://gspsvol.ru/>

Заведующий лечебно-хирургическим
отделением №1

_____ Цветкова Е.В.

Подпись: **V** _____

