**Договор**

**об оказании платных медицинских услуг**

г.Улан-Удэ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| Потребитель (далее также - пациент)[[1]](#footnote-1) |  |
|  |  |
| в лице законного представителя (далее также – заказчик)[[2]](#footnote-2) |  |
|  |  |
| и государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая полик- |
| линика» (далее – исполнитель), в лице врача[[3]](#footnote-3) |  |
|  | , действующего на основании Устава |

исполнителя и доверенности, заключили договор об оказании платных стоматологических услуг.

**Предмет договора**

1. Исполнитель по заданию пациента (или заказчика) обязуется оказать платные медицинские стоматологические услуги (далее – услуги), а пациент (или заказчик) обязуется принять и оплатить их.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **диагноз** | **перечень услуг** | **ед.изм.[[4]](#footnote-4)** | **цена** | **количество** | **стоимость** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |

**Оплата договора**

1. Пациент (или заказчик, если пациентом является несовершеннолетнее лицо) обязан оплатить стоимость услуг, указанных в пункте 1 договора, до их оказания в кассу исполнителя. Подтверждением оплаты является кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

**Условия и сроки предоставления услуг**

1. Услуги, указанные в пункте 1 договора, оказываются исполнителем только с добровольного согласия пациента без навязывания дополнительных медицинских услуг, по цене, согласованной сторонами до начала оказания услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| О возможности получения бесплатного леченияпроинформирован(а), о возможности ознакомления с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на информационных стендах исполнителя проинформирован (-а) | подпись |
|  |
| Пациент уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), исполнителя (в лице медицинского работника), а также назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. |  |

1. Услуги оказываются только после получения информированного добровольного согласия пациента (его законного представителя) на медицинское вмешательство.
2. Услуги предоставляются в тот же день, когда пациентом (или заказчиком) произведена полная оплата суммы договора. Если по объективным причинам (длительность лечения, поведение пациента и пр.) предоставление услуги невозможно завершить в один рабочий день, то по согласованию между пациентом (или заказчиком) и лечащим врачом предоставление услуг может быть продлено или отложено на определенный срок. При этом исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг только в случае недобросовестности поведения пациента (и/или заказчика).
3. Услуги не могут быть начаты, если их завершение явно невозможно до окончания режима работы исполнителя. При этом услуги оказываются в ближайший следующий рабочий день исполнителя.
4. Услуги должны быть завершены в день начала их оказания, если их отложение на другой рабочий день невозможно или может привести к ухудшению состояния здоровья пациента.

**Ответственность сторон**

1. За ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств, стороны несут ответственность в соответствии с гражданским законодательством и настоящим договором.
2. Исполнитель несет ответственность за нарушение взятых на себя обязательств также в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».
3. Пациент берет на себя обязательство самостоятельно ознакомиться до подписания настоящего Договора с Положением об оказании платных медицинских услуг и Положением о гарантийных обязательствах, принятых у Исполнителя, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора и имеющих форму публичного договора присоединения. Моментом присоединения к указанным Положениям является подписание настоящего Договора. Указанные в настоящем пункте Положения размещаются на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.dsp03.ru в подразделе «Платные услуги» раздела «Услуги».

В случае отсутствия указанных Положений на информационных стендах (стойках) исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.dsp03.ru, пациент берет на себя обязательство уведомить об этом Исполнителя. С момента получения такого уведомления Исполнитель не вправе ссылаться на указанные Положения в отношениях с пациентом до момента ознакомления пациента с ними письменно.

|  |  |
| --- | --- |
| О возможности ознакомления с Положением об оказании платных медицинских услуг и Положением о гарантийных обязательствах на информационных стендах (стойках) исполнителя, а также на сайте www.dsp03.ru в подразделе «Платные услуги» раздела «Услуги» уведомлен (-а) | *подпись* |
|  |

**Порядок изменения и расторжения договора**

1. Настоящий договор может быть изменен только по соглашению сторон. Изменение сроков исполнения договора исполнителем в случаях, предусмотренных пунктами 5-7 договора, осуществляется по устному соглашению между пациентом (или заказчиком) и исполнителем.
2. Изменение сроков исполнения договора исполнителем не допускается, если пациент (или заказчик) в письменной форме уведомит об этом исполнителя.
3. Расторжение договора осуществляется по соглашению сторон. Односторонний отказ допускается по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством, Законом РФ «О защите прав потребителей», а также в случае недобросовестности поведения или злоупотребления своими правами со стороны пациента (и/или заказчика).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** |  | **ПАЦИЕНТ** |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская стоматологическая поликлиника»**адрес места нахождения: Россия, Республика Бурятия, город Улан-Удэ, площадь Революции, 1 тел: 37-95-30,****Ключевская 29- тел: 37-95-40.**сведения внесены в ЕГРЮЛ: свидетельство о государственной регистрации № 1020300969810государственная регистрация осуществлена Межрайонной ИФНС России №9 по Республике Бурятиялицензия на осуществление медицинской деятельности Лицензия ЛО-03-01-003239 от 28.08.2020 г.,выдана Министерством здравоохранения Республики Бурятияг.Улан-Удэ, ул.Ленина, 54; телефон (3012) 21-31-25.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, И.О.)адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |
|  | **ЗАКАЗЧИК** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, И.О.)адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

1. указываются фамилия, имя, отчество пациента, в том числе несовершеннолетнего [↑](#footnote-ref-1)
2. заполняется только в случае, если пациентом является несовершеннолетнее лицо, его законными представителями (одним из родителей, опекуном или попечителем) [↑](#footnote-ref-2)
3. фамилия, имя, отчество полностью [↑](#footnote-ref-3)
4. зуб, минута, час, штука и пр. [↑](#footnote-ref-4)