Приложение

к приказу ГБУЗ «ДСП № 16 ДЗМ»

от 24.10.2023 г. № 172а

Приложение 3

к приказу ГБУЗ «ДСП № 16 ДЗМ»

от 01.09.2023 № 162а

**ФОРМА ДОГОВОРА**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г.№ 1006» заказчик (пациент) уведомляется о том, что несоблюдение указаний(рекомендаций) исполнителя ( медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу,) в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика (пациента) .

***С уведомлением ознакомлен(а***)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись фамилия, имя, отчество заказчика (пациента) полностью

**ДОГОВОР** № \_\_\_\_\_

об оказании платных медицинских услуг

г. Москва «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 16 Департамента здравоохранения города Москвы» Лицензия № Л041-01137-77/00369302 от 02.10.2014г. 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: сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической, медицинской статистике, рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; 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, выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер.,д.43), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,законный представитель несовершеннолетнего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_),

 фамилия, имя, отчество год рождения

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент), с другой стороны (совместно именуемые «Стороны»), заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Определения**

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«пациент» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Пациента.

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

**2. Предмет Договора**

 2.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать пациенту платные медицинские услуги, в объеме и сроки, установленные настоящим договором, а Заказчик обязуется оплачивать медицинские услуги в размере и в порядке, установленном настоящим договором на условиях настоящего Договора, а также оказывать содействие к их исполнению.

2.1.1. По настоящему договору Заказчик является непосредственным потребителем платной медицинской услуги (Пациентом). Условия договора обязательны как для Заказчика, так и для третьего лица, в пользу которого заключен договор (Пациента), если Заказчик и Пациент не совпадают в одном лице.

 2.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг определены в Прейскуранте. Заказчик оплачивает стоимость оказанных либо подлежащих оказанию услуг, согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания таких услуг.

2.2.1. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента обращения к Исполнителю в соответствии с п.4.3. настоящего Договора и завершить в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами **Перечнем оказываемых платных медицинских услуг**, что является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1 к настоящему Договору).

2.2.2. Фактическое оказание каждой услуги подтверждается актом приема –передачи, оказанных платных медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору).

2.2.3. Срок оказания услуг по: ортодонтии, стоматологии хирургической, стоматологии терапевтической устанавливается по согласованному и подписанному Сторонами **Перечню оказываемых платных медицинских услуг** и (или) дополнительному соглашению к настоящему Договору и зависит от состояния здоровья Пациента в момент оказания услуги.

2.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.4. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Информированное добровольное согласие).

2.6. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, определен приказом Главного врача и размещен в доступном для пациента месте или на официальном сайте Исполнителя.

2.7. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г № 736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- услуга оказывается силами врачей, сотрудников Исполнителя, в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя лично Пациенту.

 2.8. Подписав настоящий Договор, Пациент (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***(ЗАКАЗЧИ подпись)***

**3. Права и обязанности Сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать качественно медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами, с использованием современных методов диагностики и лечения.

3.1.2. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.3. Предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Пациента, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно извещать Пациента (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. Предупредить Пациента (Заказчика), в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Пациента (Заказчика), в противном случае Исполнитель обязан возместить Пациенту (Заказчику) стоимость данных услуг.

3.1.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента.

3.1.8. Обеспечить непосредственное ознакомление Пациента (его законного представителя) с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдачи по письменному требованию Пациента (его законного представителя) копии медицинских документов за весь период проведенного лечения.

 3.1.9. Сдать оказанную услугу Пациенту (Заказчику) по мере исполнения, ознакомив с результатами лечения и дав необходимые рекомендации.

3.1.10. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача, Исполнитель вправе с согласия Пациента (Заказчика) назначить другого врача для проведения лечения.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Требовать от Пациента (Заказчика) предоставления сведений и документов, необходимых для определения плана лечения, включая медицинские документы иных лечебных учреждений (выписки, заключения и т.д.).

Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неверного предоставления Пациентом(Заказчиком) информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязанностей по настоящему договору.

3.2.2. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, необходимостью изготовления моделей зубных протезов, проведением и количеством диагностических мероприятий, включая рентгеноскопию.

3.2.3. Перенести или отменить лечебное мероприятие, в том числе в назначенное время, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

3.2.4. В случае изменения клинической ситуации изменить с согласия Пациента (Заказчика) план и(или) сроки лечения. При не согласии Пациента (Заказчика) с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор в одностороннем порядке.

3.2.5.В случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 15 минут, осуществлять прием следующих граждан. При этом, прием Пациента может быть произведен в этот же день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя.

3.2.6. Отказать Пациенту (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в оказании медицинских услуг в случаях:

-нахождения Пациента в состоянии алкогольного опьянения, наркотического или иного токсического опьянения;

-если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала и (или)других пациентов или нарушают общественный порядок;

-требования Пациента об оказании ему услуг, которые не входят в план лечения по настоящему договору.

3.2.7. Перенести время приема в случае, если это вызвано объективными причинами (болезнь, отпуск, командировка лечащего врача; занятость лечащего врача в случае возникновения осложнений при лечении другого пациента).

3.2.8. Отказать в оказании услуг при отказе Пациента (Заказчика) от заключения и подписания договора, предоставления паспортных данных и иных сведений для составления договора.

**3.3. Пациент (Заказчик) обязуется:**

3.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно действующему Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных третьими лицами (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**.**

3.3.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. При невозможности явиться на лечение в оговоренное время, не позднее, чем за 12 часов до его наступления сообщить Исполнителю и согласовать другое время.

3.3.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.10. Являться в назначенное время на необходимые профилактические осмотры. При неявке Пациента в установленный срок на осмотр с Исполнителя снимается ответственность за возникновение обстоятельств, наступающих в результате неявки Пациента.

3.3.11. Пациент (Заказчик) согласен с тем, что после проведенного лечения могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, изменения эстетики, дикции и фонации, психологический дискомфорт, которые не могут считаться недостатком услуги, так как часто являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма и процесса восстановления зубочелюстной системы. Процесс адаптации зависит от организма и является индивидуальным для каждого Пациента.

3.3.12. Пациент (Заказчик) соглашается, что при обстоятельствах, на которых он настаивает влекущих снижение качества проводимого лечения, настоящий Договор автоматически утрачивает свою силу с момента возникновения этих обстоятельств, о чем делается запись в карте Пациента. Также при вышеуказанных обстоятельствах по усмотрению Исполнителя лечение может проводиться «условно», то есть результаты, на которое направлено лечение, могут быть не достигнуты. В этом случае Пациент (Заказчик) информируется об этом до начала лечения, и в медицинской карте ставится отметка с подписью пациента о согласии и отказе от претензий.

3.3.13. Пациент (Заказчик) предупрежден о последствиях прерывания лечения. Исполнитель не несет ответственности за обстоятельства или осложнения, наступившие в результате прерывания лечения Пациентом.

**3.4. Пациент (Заказчик) имеет право:**

3.4.1. На выбор врача.

3.4.2. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензии, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.4. Участвовать в выборе материала, цвета и иных характеристик будущих пломб и ортодонтического аппарата.

3.4.5. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.5. Получить документ установленного образца, подтверждающий сумму произведенной Пациентом (Заказчиком) оплаты за предоставляемые медицинские услуги Исполнителем.

3.4.6. Отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю сумму фактически понесенные Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3.4.7. Обратиться в госорганы и организации с жалобой на действия Исполнителя, его должностных лиц по адресам, которые размещены на официальном сайте Исполнителя.

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1.  Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора. Перечень оказываемых платных медицинских услуг и их стоимость предусмотрен Приложением № 1 к Договору.

4.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](http://www.uristhome.ru/document/33/protokol-soglasheniya-po-dogovornoi-tsene) в сторону уменьшения или увеличения с письменного согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без письменного согласия Пациента (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом (Заказчиком) до начала их оказания либо по выполнению каждого этапа на основании представленного наряда наличными денежными средствами или безналичным расчетом через платежный терминал.

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за не исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором в случае наступления форс-мажорных обстоятельств, возникших помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать.

**6. Порядок заключения, изменения и расторжения Договора**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Пациента от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.3. Договор [может быть](https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=447009&dst=100140&field=134&date=30.08.2023) заключен через интернет. Информация о порядке заключения через интернет размещена на главной странице сайта Исполнителя. После акцепта и оплаты по договору Исполнитель направляет Пациенту(Заказчику) подтверждение.

Идентификация Пациента (Заказчика) в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью федеральной государственной информационной системы "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме".

Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Пациента (Заказчика) простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной подписью и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя. При обнаружении недостатков платных медуслуг Пациент (Заказчик) [вправе передать](https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=447009&dst=100159&field=134&date=30.08.2023) требования также дистанционно.

**7. Заключительные положения**

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.1.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Пациента, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Пациента.

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение 1(одного) года. В случае если в течение 30 (тридцати) календарных дней до момента окончания срока действия Договора ни одна из Сторон не заявила в письменном виде о расторжении Договора, то Договор продлевается на каждый последующий год.

7.3. Исполнитель ставит в известность Пациента (Заказчика) об обстоятельствах, которые могут возникнуть в процессе или после стоматологического терапевтического и/или хирургического, ортодонтического лечения:

 7.3.1. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Заказчиком (Пациентом) рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

7.3.2. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик (Пациент) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

7.4. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика (Пациента) в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

7.5. После исполнения настоящего Договора, по запросу Пациента (законного представителя Пациента) Исполнителем выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7.6. Исполнитель гарантирует Пациенту качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования. На результат оказанных по договору услуг устанавливается гарантийный срок, конкретные гарантийные сроки на все виды медицинских услуг установлены в Положении о гарантийном сроке, размещенном на официальном сайте Исполнителя.

7.7. **Гарантия утрачивается** в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача, обращения в другие медицинские учреждения по переделке и(или) исправлению ортодонтического аппарата, зубного протеза, если Пациент самостоятельно принял решение и не носит аппарат, зубной протез.

 7.8. **В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», Пациент (Заказчик) дает свое согласие осуществлять необходимые действия с его персональными данными, предусмотренными законом.**

7.9. Настоящий Договор мною прочитан, его смысл и значения разъяснены по каждому пункту и соответствуют моим намерениям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ЗАКАЗЧИК подпись)*

**8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 16 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП №16 ДЗМ»)** | **ПАЦИЕНТ****Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ЗАКАЗЧИК** **Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 127572, г.Москва, шоссе Алтуфьевское д. 93ОГРН 1027700269167 ИНН 7715089401КПП 771501001 ОКПО 05022408 | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП № 16 ДЗМ л/с 2605442000800055)ЕКС 40102810545370000003 КС 03224643450000007300Банк получателя - ГУ Банка России по ЦФО БИК 004525988 | Паспорт серия \_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г  | Паспорт серия \_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г |
| тел.: (499) 200-87-92; http://dsp16.mos.ru e-mail: dsp16@zdrav.mos.ru |  Тел.8-(\_\_\_\_) E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_ | Тел. 8-(\_\_\_\_) E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| От Исполнителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*М.П. Подпись расшифровка подписи* | От Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) *Подпись расшифровка подписи* | От Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) *Подпись расшифровка подписи* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ФОРМА ПЕРЕЧНЯ**

Приложение № 1 к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

**Перечень оказываемых платных медицинских услуг**

**по Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

**г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

 1. Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ оказаны Заказчику(Пациенту) медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование услуги** | **Код (шифр )****услуги** | **Количество** | **Стоимость** **услуги по прейскуранту****(руб.)** | **Стоимость** **услуги со скидкой(руб.)** | **Сумма (руб.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Итого** |  |  |  |  |  |

Срок оказания платных медицинских услуг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.

2. Заказчику (Пациенту) разъяснен смысл и значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией перечня оказанных услуг.

3. Заказчик (Пациент) имел(а) возможность задать вопросы врачу и получил(а) ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяет квалификации специалистов Исполнителя.

4. Заказчику (Пациенту) понятен объем и срок лечения, возможные осложнения на всех этапах лечения, возможность возникновения необходимости дополнительных обследований, изменение сроков лечения, дополнительной оплаты за иные услуги, в случае возникновения медицинских показаний.

5.Перечень может быть дополнен и изменен по согласованию с Заказчиком (Пациентом) и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия Заказчика (Пациента) с обязательными изменениями Перечня по медицинским показаниям или изменение его стоимости лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

6.Перечень составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7. Заказчик (Пациент) с Перечнем оказываемых платных услуг ознакомлен и согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (фамилия, имя, отчество, подпись)

Подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ГБУЗ «ДСП №16 ДЗМ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) | Заказчик(Пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)М.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  |

**ФОРМА АКТА**

Приложение № 2 к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

**АКТ №\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Приема-передачи, оказанных платных медицинских услуг**

**по Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

**г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 16 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 16 ДЗМ»), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны,

и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(законный представитель несовершеннолетнего ребенка* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_),**

 Фамилия, имя, отчество год рождения

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент)»,с другой стороны (совместно именуемые «Стороны»), подписали настоящий Акт приема-передачи оказанных платных медицинских услуг о нижеследующем:

 1. Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ оказаны Заказчику(Пациенту) медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Код(шифр )****услуги** | **Количество** | **Стоимость** **услуги по прейскуранту****(руб.)** | **Стоимость** **услуги со скидкой(руб.)** | **Сумма (руб.)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |  |

2. Оказанные платные медицинские услуги по объему и качеству удовлетворяют требованиям Заказчика (ПАЦИЕНТА) и условиям Договора на оказание платных медицинских услуг.

3.Исполнитель исполнил свои обязательства полностью и в согласованные сторонами сроки.

4.Заказчик (ПАЦИЕНТ) произвел оплату медицинских услуг полностью.

5.Взаиморасчеты между Сторонами по настоящему Договору завершены полностью.

6.По настоящему Договору Стороны не имеют взаимных претензий.

7.Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8.Подписи Сторон:

Подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ГБУЗ «ДСП №16 ДЗМ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) | Заказчик(Пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)М.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  |

**ФОРМА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО СОГЛАШЕНИЯ**

**Дополнительное соглашение № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 16 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 16 ДЗМ»), Лицензия № Л041-01137-77/00369302 от 02.10.2014г., в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (законный представитель несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Фамилия, имя, отчество год рождения

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент)», с другой стороны (совместно именуемые «Стороны»), подписали настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. **Перечень оказываемых платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **п/п** | **Наименование услуги** | **Код (шифр )****услуги** | **Количество** | **Стоимость** **услуги по прейскуранту****(руб.)** | **Стоимость** **услуги со скидкой(руб.)** | **Сумма (руб.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Итого** |  |  |  |  |  |

Срок оказания платных медицинских услуг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.

2. Оказанные платные медицинские услуги по объему и качеству удовлетворяют требованиям Заказчика (ПАЦИЕНТА) и условиям Договора на оказание платных медицинских услуг.

3.Исполнитель исполнил свои обязательства полностью и в согласованные сторонами сроки.

4. Заказчику (Пациенту) разъяснен смысл и значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией перечня оказанных услуг.

5. Заказчик (Пациент) имел(а) возможность задать вопросы врачу и получил(а) ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяет квалификации специалистов Исполнителя.

6.Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

7. Заказчик (Пациент) с Перечнем оказываемых платных услуг ознакомлен и согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (фамилия, имя, отчество, подпись)

Подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ГБУЗ «ДСП №16 ДЗМ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) | Заказчик(Пациент): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)М.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г  |