

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ, ПРОСЬБА ОЗНАКОМИТЬСЯ С ТЕКСТОМ ДОГОВОРА  
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПЕРЕД ПОДПИСАНИЕМ!

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,

(фамилия, имя, отчество)

(дата и год рождения)

подтверждаю, что до заключения договора об оказании платных медицинских услуг я уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций 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 здоровье потребителя.

202 4 г.

(подпись Пациента (Законного представителя))

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

(Ортопедическое отделение)

" " 202 4 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области "Стоматологическая поликлиника № 3, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Свида В.Л. действующего на основании Устава, зарегистрированного в Межрайонной ИФНС России №12 по Тверской области 23.01.2012 г. ГРН 2126952061124; ОГРН 1026900584787; ИНН 6902016070, свидетельства серия 69 №002062818, выданного МИФНС №12 по Тверской области 23.01.2012; лицензии ЛО-69-01-001258 от 27.12.2013 г., выданной отделом лицензирования Министерства здравоохранения Тверской области: г.Тверь, ул.Советская, д.23Б,тел.: 32-04-82, 32-03-51, выполняемые работы и оказываемые услуги: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны,

и пациента(ФИО) \_\_\_\_\_

медицинская карта № \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель (законный представитель)", с другой стороны и/или «Заказчик» (при его наличии), действующий в интересах Потребителя, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», руководствуясь положениями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736н "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг...", Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту, размещенному на сайте <http://sp3-tver.ru> и на информационных стендах по адресу: Тверь, Комсомольский пр-т, д.10 и ул.Артюхиной, д.11, корп.5:

№	ДАТА	КОД	ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ	СТОИМ.	К-ВО	ИТОГО
1						0,00
2						0,00
3						0,00
4						0,00
5						0,00
6						0,00
7						0,00
8						0,00
9						0,00
10						0,00
11						0,00
12						0,00
13						0,00
14						0,00
15						0,00
16						0,00
17						0,00
18						0,00
19						0,00
20						0,00
ВСЕГО:						0,00

Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранта составляет:

Врач: \_\_\_\_\_

Медсестра: \_\_\_\_\_

Санитарка: \_\_\_\_\_

1.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных данным договором, они выполняются с согласия пациента, по прейскуранту по дополнительному договору.

1.3. Оплата медицинских услуг производится по факту через кассу в регистратуре ГБУЗ «СП № 3».

Оплата услуг по зубопротезированию производится путем авансирования в размере не менее 50% от конечной суммы или 100% предоплаты.

## **2. Условия получения Потребителем медицинских услуг**

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1 Сроки оказания медицинских услуг: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

(сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме, в том числе сроки ожидания оказания медицинской помощи в стационарных условиях, проведения отдельных диагностических обследований и консультаций врачей- специалистов, установлены Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497)

2.2 Исполнитель проинформировал Потребителя (законного представителя) и/или Заказчика, а Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик подтверждает, что он проинформирован в полном объёме и в доступной форме:

- об альтернативной возможности получения медицинских услуг за счет бюджетных средств в соответствии с программой государственных гарантий и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуги оказываются на платной основе по волеизъявлению Потребителя (законного представителя) и/или Заказчика;
- о том, что несоблюдение в обязательном порядке указаний и рекомендаций Исполнителя, режима лечения и правил поведения Потребителя в медицинских учреждениях может снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно отобразиться на состоянии здоровья Потребителя;
- по вопросам обеспечения безопасности, антитеррористической защищённости пациентов и эвакуации.

## **3. ГАРАНТИЯ**

3.1. Срок гарантии на выполненные услуги 1 год.

3.2. Гарантия действует при условиях соблюдения пациентом всех рекомендаций лечащего врача.

## **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. «Исполнитель» обязан:

- предоставить «Пациенту» достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге;
- оказать «Пациенту» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.

4.2. «Исполнитель» имеет право назначать «Пациента» при его согласии для продолжения лечения другому лечащему врачу в случае возникновения непредвиденных обстоятельств.

4.3. «Пациент» обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- выполнять рекомендации врача обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги.

4.4. «Пациент» имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге, её стоимости;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1 За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Исполнитель не несет ответственность за качество и своевременность оказания медицинской помощи в следующих случаях:

- не предоставления Потребителем (законным представителем) полной и достоверной информации, указанной в п. 2.2.1 настоящего Договора;
- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Потребителя, в связи с прерыванием/изменением назначенного Потребителю лечения (записанного в медицинской карте пациента) без участия лечащего врача Исполнителя, отказа от необходимого комплекса обследований и медицинских услуг;
- при возникновении осложнений (иных негативных последствий для здоровья), возникших вследствие реакции организма Потребителя, если медицинские услуги были оказаны Исполнителем в соответствии с п. 2.1.1. Договора;
- несогласованных с лечащим врачом Исполнителя действий Потребителя (законного представителя) или третьих лиц, которые привели к ухудшению здоровья Потребителя;
- получения аналогичных медицинских услуг и/или иных медицинских услуг, противоречащих определенному Исполнителем характеру и плану, в сторонних организациях на этапах оказания медицинских услуг Исполнителем;
- вследствие обстоятельств непреодолимой силы, возникших после даты заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера.

5.3 Если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям настоящего Договора, предпринял все необходимые профессиональные действия и меры, то отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания оказанных медицинских услуг ненадлежащим образом.

5.4 Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик несет ответственность за соблюдение назначений Исполнителя, за негативные последствия в связи с самовольным прерыванием/изменением схемы лечения, отказом от необходимого комплекса обследований и медицинских услуг, за нарушение сроков и объемов оплаты за оказанные медицинские услуги.

5.5 Копия(выписка из) медицинской документации, отражающая состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях (заключения, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, справки) выдается Потребителю (законному представителю), без взымания дополнительной платы и в предусмотренные нормативными документами сроки; для заключений и справок при личном обращении или на основании запроса в электронной форме, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи.

5.6 В случае ненадлежащего оказания услуги «Пациент» вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков в установленном порядке.

5.7 При прерывании лечения по инициативе «Пациента», «Пациент» оплачивает выполненный объем работы.

5.8 Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

## 6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

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

7.3. Возврат денежных средств осуществляется согласно письма Минфина РФ от 4 мая 2009 г. № 02-03-09/1845 безналичным расчетом, путем перечисления на счет пациентов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ: \_\_\_\_\_

в связи с чем лечение (зубопротезирование) проводится без гарантии.

С предложенным планом лечения (зубопротезирования) ознакомлен (на) и согласен (на)

Врач: \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

## 8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора.

8.2. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» Пациент (Законный представитель) подписанием настоящего Договора свободно, своей волей и в своем интересе дает свое согласие на обработку Исполнителем своих (Пациента) персональных данных во исполнение обязательств по настоящему Договору.

8.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1 Подписью в настоящем Договоре Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик подтверждает:

- свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, включающих, но не ограничивающихся следующими: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, СНИЛС и т.п.;
- что он ознакомлен с особенностями своего заболевания, диагноза, методов лечения, прогнозах течения заболевания;
- что он ознакомлен с особенностями медицинских услуг, их стоимости, условий предоставления, возможных осложнениях и исходах оказания медицинских услуг;
- что ему предоставлена возможность задавать интересующие его вопросы по поводу медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, он получил на них ответы в доступной для своего понимания форме, понял цель и характер медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, подтверждает свое добровольное согласие на медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.

9.2 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.3 Потребитель (законный представитель) и/или Заказчик может ознакомиться с правилами, документами и формами, указанными в настоящем Договоре и относящимися к оказанию медицинских услуг, являющимися предметом настоящего Договора на информационных стендах Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя <http://sp3-tver.ru/>

АКТ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202 4 г.

об исполнении обязательств по договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202 4 г. на оказание платных медицинских услуг

Настоящим актом стороны подтверждают надлежащее исполнение взаимных обязательств по оказанию платных медицинских услуг и их оплату в полном объеме согласно перечня услуг, а также отсутствие взаимных претензий на момент подписания настоящего акта

### РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

#### "Исполнитель"

ГБУЗ «СП № 3»

170001, Тверская область, г.Тверь, Комсомольский проспект, д.10

Тел.: (4822)52-72-72, 55-32-81

Главный врач \_\_\_\_\_ Свида В.Л.

М.П.

Врач: \_\_\_\_\_

#### "Потребитель"

ФИО: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_