

УВЕДОМЛЕНИЕ

Город Мытищи

«___» _____ 202__

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники. Также уведомляет Потребителя (Заказчика) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение

(подпись)

(расшифровка подписи)

«___» _____ 202__ г

Город Мытищи

«___» _____ 202__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Мытищинская районная стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ Московской области «МРСП») именуемое в дальнейшем **Исполнитель** в лице главного врача Головичева Максима Евгеньевича, действующего на основании **Устава** (ОГРН 1025003528770, Лист записи ЕГРЮЛ от 13.01.2015 г., выдан Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Мытищи Московской области) и Лицензии № Л041-01162-50/00364628 от 29.05.2015 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, тел. +7(498)602-03-01, minzdrav@mosreg.ru), с одной Стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Пациента

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства силами врачей-специалистов и специалистов оказывать **Пациенту** платные медицинские услуги в виде консультаций, обследований, вмешательств, манипуляций, процедур на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности и Прейскуранта, именуемые в дальнейшем **Услуги**, отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам профилактики, диагностики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а **Пациент (Заказчик)** обязуется оплатить их в порядке, установленном **Договором**, и размере, согласно действующих тарифов, утвержденному приказом руководителя **Исполнителя** в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г. «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 04.10.2012 г. №1006».

1.2. Настоящий Договор является подтверждением того, что **Исполнитель** до заключения настоящего **Договора** в достаточном объеме и доступной форме предоставил **Пациенту (Заказчику)**:

1.2.1. Пациент ознакомился с Перечнем услуг в рамках программы ОМС, Перечнем платных медицинских услуг и с действующими тарифами, утвержденными приказом руководителя Исполнителя, Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г. «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 04.10.2012 г. №1006», ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г., ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г., распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 23.10.2020 г. № 144-Р «Об утверждении перечня видов работ и значения условных единиц трудоемкости на работы по изготовлению и ремонту зубных протезов, положения о медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области и состава медико-технической комиссии Министерства здравоохранения Московской области по бесплатному зубопротезированию из дорогостоящих материалов», Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг, действующими в ГБУЗ Московской области «МРСП», размещенными в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте Исполнителя - www.mstom.ru и на информационных стендах в помещениях Исполнителя, а также Положением о Гарантиях.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести диагностическое обследование **Пациента** и составить План\планы лечения в соответствии с исходной клинической ситуацией и медицинскими показаниями.

2.1.2. По запросу **Пациента (Заказчика)** информировать о состоянии его (**Пациента**) здоровья, результатах обследования, диагнозе/диагнозах, плане, методах, вариантах лечения, возможных последствиях, ожидаемых результатах лечения, последствиях отказа от него, а также сроках лечения, последовательности, стоимости лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.1.3. Выполнить согласованный план лечения и предоставить **Пациенту** качественные **Услуги** в соответствии с определенным объемом, последовательностью, сроками и стоимостью на момент их оказания.

2.1.4. Предоставить **Пациенту** возможность получения консультации заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинской части, а также заключения врачебной комиссии Исполнителя.

2.1.5. Рассмотреть претензии к качеству оказанных **Услуг** в течение 10 дней с момента подачи **Исполнителю** письменного обращения.

2.1.6. Безвозмездно повторно оказать и/или устранить недостатки оказанных **Услуг**, подтвержденные заключением Врачебной комиссии **Исполнителя** и/или Московской областной стоматологической поликлиники и/или ГБУЗ МО «Судебно-медицинская экспертиза» в течение гарантийного срока, в соответствии с положением о гарантиях, с даты оказания **Услуг**, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Направить **Пациента** на врачебную комиссию, к другим специалистам и/или в другие лечебные учреждения, привлечь для консультаций, лечения и/или рассмотрения претензий к качеству оказанных **Услуг** специалистов из них.
- 2.2.2. Заменить лечащего врача, с согласия пациента, в случае наступления непредвиденных обстоятельств, в том числе по желанию врача, причине болезни, отпуска, увольнения.
- 2.2.3. Изменить план обследования и(или) лечения по медицинским показаниям и оказать дополнительные платные медицинские услуги без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.
- 2.2.4. Перенести прием на другое время в случае опоздания **Пациента** к назначенному времени приема более чем на 15 минут.
- 2.2.5. Прервать процесс лечения **Пациента** и/или отказать **Пациенту** в предоставлении **Услуг** при выявлении противопоказаний к желаемым **Пациентом** лечебно-диагностическим мероприятиям.
- 2.3. Пациент (Заказчик) обязуется:**
- 2.3.1. Посещать территорию **Исполнителя** в соответствии с графиком работы учреждения, соблюдать установленные **Исполнителем** Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг, не являться на прием к врачу в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, соблюдать общественный порядок, не допускать неуважительного отношения к сотрудникам **Исполнителя**, иным пациентам и/или посетителям, находящимся на территории **Исполнителя**, бережно относиться к имуществу **Исполнителя**.
- 2.3.2. До заключения **Договора** предоставить **Исполнителю** полную, объективную и достоверную информацию о состоянии своего (**Пациента**) здоровья, перенесенных, сопутствующих и/или возникших после начала исполнения настоящего **Договора** заболеваний, травм, лекарственной непереносимости, принимаемых препаратах, вредных привычках, а так же информировать **Исполнителя** о любых изменениях физического состояния **Пациента**, ухудшения его здоровья и самочувствия, с точки зрения **Пациента (Заказчика)** связанных с оказанными ему **Исполнителем Услугами**, в случае необходимости, прибыть лично на осмотр и консультацию.
- 2.3.3. Ознакомиться со всеми размещенными в открытом доступе (в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте **Исполнителя** - www.mstom.ru и на информационных стендах в помещениях **Исполнителя**) документами, предназначенными для информирования **Пациента** до заключения настоящего **Договора** и обеспечить подписание **Договора** и иных документов, представленных **Исполнителем**, необходимых для исполнения им условий **Договора**.
- 2.3.4. Являться к лечащему врачу строго в назначенное время.
- 2.3.5. Соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, дважды в год (если не назначено иначе) проводить комплекс профессиональной гигиены полости рта (удаление налета, зубных отложений инструментальными и ультразвуковыми способами) при наличии медицинских показаний.
- 2.3.6. Не вмешиваться в действия врача, не осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи, в том числе не препятствовать фотофиксации результатов диагностики и лечения.
- 2.3.7. Пройти диагностическое обследование и выполнять (обеспечивать прохождение и выполнение **Пациентом**) согласованный план лечения в соответствии с оговоренными сроками, объемом и последовательностью. При отказе от плана лечения подписать форму отказа от медицинского вмешательства в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. N 1051н.
- 2.3.8. Соблюдать (обеспечивать соблюдение **Пациентом**) все рекомендации и назначения врача.
- 2.3.9. В период прохождения лечения в ГБУЗ Московской области «МРСП», а также в течение гарантийного срока, в соответствии с положением о гарантиях, с даты оказания **Услуг**, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**, информировать письменно **Исполнителя** о получении в этот же период аналогичных **Услуг** в других медицинских организациях стоматологического профиля, использовании препаратов и медикаментов, назначенных специалистами других лечебных учреждений, предоставить выписку (копию) из медицинской карты, результаты рентгенологических исследований, их описание, в срок 1 месяц после получения медицинских услуг или начала приема препаратов.
- 2.3.10. Услуги оказываются **Исполнителем** с использованием своих материалов или материалов субподрядчика. **Исполнителя** оплачивается **Пациентом** при заключении **Договора** полностью с учетом положений статьи 34 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты.
- 2.3.11. Обеспечить оплату фактически понесенных расходов **Исполнителем**, связанных с исполнением обязательств по настоящему **Договору**, в случае досрочного расторжения настоящего **Договора** по инициативе/вине (**Пациента (Заказчика)**).
- 2.3.12. В случае выявления недостатков оказания **Услуг**, оказанных **Исполнителем**, не заниматься самолечением, не пытаться самостоятельно устранить выявленные недостатки, предъявить свои претензии к **Исполнителю** в письменном виде в течение гарантийного срока, в соответствии с положением о гарантиях, с даты оказания **Услуг**, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему **Договору**.
- 2.4. Пациент имеет право:**
- 2.4.1. На выбор врача, с учетом его согласия.
- 2.4.2. На получение консультации заведующих отделениями, заместителя главного врача по медицинской части, заключений врачебной комиссии **Исполнителя**.
- 2.4.3. На досрочное расторжение настоящего **Договора** в одностороннем порядке по своей инициативе.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

3.1. Объем, вид и стоимость **Услуг** в рамках исполнения настоящего **Договора** указываются в **Счете (счетах)** и **Акте (актах) выполненных работ**, подлежащих оплате на основании **Тарифов**, действующих на момент выполнения работ. **Акт (акты) выполненных работ** оформляются в двух экземплярах. Один экземпляр после оплаты оказанных услуг выдается **Пациенту (Заказчику)** на руки, другой возвращается лицу, оказавшему платные медицинские услуги.

3.2. Оплата **Акта (актов) выполненных работ** производится на основании **Счета (счетов)** одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, с использованием платежного терминала **Исполнителя** и банковских карт, с получением кассового чека, подтверждающего оплату.

3.3. Оплата **Услуг*** производится в размере 100% от суммы **Акта (актов) выполненных работ**, не позднее рабочего дня, в котором **Пациентом (Заказчиком)** подписан **Акт (акты) выполненных работ**.

*Оплата **Услуг** по некоторым видам хирургических, ортодонтических, ортопедических и зуботехнических работ осуществляется двумя частями. Предварительная оплата в размере, согласованном **Сторонами**. Сумма предварительной оплаты считается согласованной после оформления **Исполнителем** и оплаты **Пациентом (Заказчиком) Счета (счетов)**. Оплата оставшейся части (окончательный расчет) - по факту завершения работ на основании **Акта (актов) выполненных работ** и **Счета**.

3.4. Иные способы оплаты осуществляются по согласованию с **Исполнителем**.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по **Договору** **Исполнитель** и **Пациент (Заказчик)** несут ответственность, предусмотренную настоящим **Договором** и действующим законодательством РФ.

4.2. **Исполнитель** освобождается от ответственности за исполнение условий **Договора** в случае оформления отказа от показанных видов медицинских вмешательств, а также в случае расторжения **Договора** по инициативе **Пациента (Заказчика)**.

4.3. **Стороны** освобождаются от обоюдной ответственности за исполнение обязательств по **Договору** в случае наступления чрезвычайных обстоятельств (обстоятельств непреодолимой силы).

4.4. Все споры, которые могут возникнуть при исполнении настоящего **Договора**, **Стороны** обязаны стремиться разрешать путем переговоров.

4.5. В случае нанесения **Исполнителем** вреда здоровью **Пациента** компенсация ущерба осуществляется в порядке, установленном законодательством РФ.

5. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

5.1. Платные медицинские услуги, в т.ч. диагностические, оказываются после подписания настоящего **Договора** и информированного добровольного согласия.

5.2. Характер и объем оказания медицинской помощи, в т.ч. длительность оказания **Услуг**, их периодичность и кратность, определяется **Планом** лечения и устанавливается **Исполнителем** индивидуально каждому **Пациенту** в соответствии с медицинскими показаниями на основании данных диагностического обследования.

5.3. Сроки выполнения отдельных видов работ могут быть установлены **Исполнителем** и оформлены приложением к **Договору**.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Один **Договор** заключается на весь **Перечень Услуг Исполнителя**. **Договор** может быть заключен только на диагностическое обследование.

6.2. **Договор** вступает в силу с момента его подписания **Сторонами** и действует до полного исполнения **Сторонами** своих обязательств.

6.3. Расторжение **Договора** возможно в соответствии с действующим законодательством РФ, а также в случаях, предусмотренных настоящим **Договором**.

6.4. Настоящий **Договор** считается расторгнутым по инициативе **Пациента** в случаях:

6.4.1. Отказа **Пациента** от продолжения лечения, получения **Услуг**, выраженного письменным **Уведомлением Исполнителя**, содержащим просьбу о расторжении **Договора**.

6.5. Прекращение действия **Договора** возможно в случае обоюдного согласия **Сторон** прекратить договорные взаимоотношения и подписания **Соглашения** о расторжении **Договора** без взаимных претензий.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения Московской области
«Мытищинская районная
стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ
Московской области «МРСП»)
ОГРН 1025003528770
ИНН/КПП 5029009380/502901001
ОКТМО 46746000001 ОКПО 33035210
ОКВЭД2 86.10ОКОПФ 73 ОКФС 13
ОКОПФ 75203 ОКОГУ 2300229
МЭФ Московской области (ГБУЗ
Московской Области «МРСП» л/с
№ 20825НЛ6Э60,
№21825НЛ6Э60, № 22825НЛ6Э60)
ГУ Банк России по ЦФО//УФК по
Московской области
г. Москва
к/с 40102810845370000004
БИК 004525987
р/с 03224643460000004800

141014, Московская обл., г. Мытищи,
ул. 1-я Крестьянская, д.1, корп.1

тел./факс +7 (495) 581-01-65
e-mail: mz_mtsh_rsp@mosreg.ru

Главный врач _____
М.Е. Головичев

М.П.

ПАЦИЕНТ:

_____ Фамилия Имя Отчество 01.01.2000 _____
(ФИО полностью и дата рождения)

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Номер и серия: 4621 123456 _____

Кем и когда выдан: ГУ МВД по Московской _____
(наименование органа выдавшего документ удостоверяющий личность)

области 01.01.2020 г. _____

Адрес регистрации _____

Телефон: +7(900)123-45-67 _____

E-mail: _____
test@test.ru

- Отказываюсь от печати бумажных чеков и
выражаю свое согласие на их получение в
электронном виде
 Отказ от получения экземпляра договора
 Один экземпляр Договора мною получен

Подпись _____

ЗАКАЗЧИК:

_____ Фамилия Имя Отчество 01.01.2000 _____
(ФИО полностью и дата рождения)

Вид документа, удостоверяющего личность: _____

Номер и серия: 4621 123456 _____

Кем и когда выдан: ГУ МВД по Московской _____
(наименование органа выдавшего документ удостоверяющий личность)

области 01.01.2020 г. _____

Адрес регистрации _____

Телефон: +7(900)123-45-67 _____

E-mail: test@test.ru _____

- Отказываюсь от печати бумажных чеков и
выражаю свое согласие на их получение в
электронном виде
 Один экземпляр Договора мною получен

Подпись _____