**Договор на оказание платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_**

**(ортопедический прием; рентгенологические исследования)**

|  |
| --- |
|  г. Екатеринбург «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. |
|  Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная больница № 2», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель»**, в лице главного врача Руденко К.В., действующей на основании Устава, Свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ выданного ИФНС по Верх-Исетскому району г. Екатеринбурга 25.11.2019, ОГРН 1026602329489, Лицензии № ЛО-66-01-006274 на осуществление медицинской деятельности, выданной 10.12.2019 Министерством здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург, ул.Вайнера, д.34/Б тел. (343) 312-00-03(818), с одной стороны, и гр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый (ая) в дальнейшем «**Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** |
| 1.1. | Исполнитель обязуется по поручению Потребителя оказать платные медицинские стоматологические услуги (далее – Услуги), а Потребитель обязуется оплатить эти Услуги в полном объеме согласно Прейскуранту, действующему на момент подписания настоящего договора. |
| 1.2.1.3 | Прейскурант Услуг является официально утвержденным документом Исполнителя и находится на информационных стендах Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним. Услуги оказываются Исполнителем в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» по месту нахождения Исполнителя: ул. 8 Марта, д.3, ул. Набережная рабочей молодежи, д.3. |
| 1.4. 1.5.1.6.1.7. | Объем предоставляемых Услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показателями по стоматологическому лечению, желанием Потребителя и техническими возможностями Исполнителя.Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует:- о получении Потребителем от Исполнителя полной информации и в доступной форме о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики; о гарантийных сроках лечения; ознакомлении с предварительным планом лечения;- о подтверждении, что на момент подписания настоящего договора Потребитель проинформирован о возможности получения указанных в пункте 1 договора Услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи бесплатно. Потребитель подтверждает свое добровольное согласие на оказание платных Услуг, а так же о местонахождении, режиме работы, перечне Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, о квалификации и сертификации специалистов ИсполнителяПодписание настоящего договора является выражением добровольного информированного согласия (желания) Потребителя на предложенное медицинское вмешательство, получения им всей необходимой для принятия решения информации, а также подтверждает свое добровольное согласие на объем, условия, стоимость Услуг и оказание ему их на платной основе.  |
|  | **2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** |
| **2.1** | **Исполнитель обязан** предоставить Потребителю: |
| 2.1.1 | Платные Услуги: **ортопедический прием; рентгенологические исследования** (нужное подчеркнуть). |
| 2.1.2. | Качественные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Диагностическая и медицинская стоматологическая помощь оказывается в кабинетах, оснащенных необходимым оборудованием, инструментарием и материалами. При необходимости (в ходе осмотра или при проведении лечения) может возникнуть необходимость проведения рентгенографических и других диагностических мероприятий, которые оказываются за дополнительную плату. Рентген - снимки являются неотъемлемой частью истории болезни Потребителя и хранятся в его амбулаторной карте в отделении. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, последний с письменного согласия направляет Потребителя для диагностики и лечения в другую специализированную медицинскую организацию. |
| 2.1.32.1.4 | Информацию о гарантийных сроках протезирования и эффективности применяемых методик. Исправление за свой счет недостатков, возникших по его вине, в течение установленного гарантийного срока. |
| 2.1.5 | Информацию о ходе протезирования и возможных осложнениях. |
| 2.1.6..2.1.7.2.1.8 | Соблюдение установленных законодательством РФ требований и порядков (соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных; оформлять и вести необходимую медицинскую документацию, учетные и отчетные статистические формы и т.п.). Сведения о состоянии здоровья «Потребителя», плане протезирования и о результатах заносятся в стоматологическую амбулаторную карту Потребителя.Предупреждение о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных настоящим договором, в случае если при предоставлении Услуг они необходимы. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские Услуги на возмездной основе. После согласования с «Потребителем» материалов, используемых для протезирования, работ врач - стоматолог приступает к оказанию Услуги. |
| **2.2.** | **Потребитель обязан:** |
| 2.2.1.. | Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья:-о перенесенных и имеющихся заболеваниях (о перенесенном гепатите, ВИЧ-инфекции и других заболеваниях), о противопоказаниях к приему каких - либо лекарств, процедур, известных ему аллергических реакциях и об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на лечение и на качество оказываемых Исполнителем услуг.  |
| 2.2.2. | Соблюдать все требования, назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, в том числе на период и после оказания услуг. Являться на запланированные визиты к врачу - стоматологу в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации врача, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за результаты протезирования и возникшие осложнения. |
| 2.2.3. | Немедленно обратиться в случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов протеза или коронок к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. В случае возникновения неотложных состояний (боль, повышенная температура, отек, кровотечение и т.п.) после проведенного лечения незамедлительно, в течение одних суток, обратиться к Исполнителю. В противном случае Исполнитель не несет ответственность за ранее оказанные Услуги, в том числе и в отношении своих гарантийных обязательств, а настоящий договор считается расторгнутым по вине Потребителя. |
|  | В случае, если Потребитель не согласен с поставленным диагнозом и предложенным планом протезирования, он вправе расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю соответствующую сумму за проведенный объем работ (Услуг) и использованные по факту расходные материалы, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте; либо выбрать другого врача более высокой квалификации. |
| 2.2.4 | Являться для продолжения протезирования в согласованное с врачом время. |
| 2.2.5.2.2.62.2.7 | По окончании протезирования соблюдать все рекомендации по уходу за полостью рта и протезами, являться на профилактические осмотры в соответствии с медицинскими показаниями и назначениями лечащего врача. В противном случае Исполнитель не несет ответственности за вред, причиненный здоровью Потребителя в период установленного срока службы протезов.Оплатить Услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях настоящего договора.Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности. |
| **2.3.** | **Исполнитель вправе:** |
| 2.3.1.2.3.2. | При неоднократном нарушении Потребителем условий настоящего договора, расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым после письменного уведомления об этом Потребителя.При возникновении задолженности Потребителем за оказанные Услуги приостановить дальнейшее оказание Услуг по настоящему договору до полной оплаты Потребителем уже оказанных ему Услуг. |
| **2.4** | **Потребитель вправе:** |
| 2.4.1. | .В любое время отказаться от дальнейшего медицинского вмешательства и расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю часть стоимости Услуг пропорционально части фактически оказанных Услуг. |
| 2.4.2 | Получать информацию о состоянии своего здоровья. |
| 2.4.3 |  При обнаружении недостатка выполненной работы (оказанной услуги) вправе по своему выбору потребовать: |
|  | * безвозмездного устранения недостатков выполненной работы (оказанной услуги);
 |
|  | * соответствующего уменьшения стоимости выполненной работы (оказанной услуги);
 |
|  | * безвозмездного повторного выполнения работы (оказанной услуги).
 |
| 2.4.5. | Отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказании услуги) и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный указанным договором срок недостатки выполненной работы (оказанной услуги) не устранены Исполнителем, а также если обнаружены существенные недостатки выполненной работы (оказанной услуги) или иные существенные отступления от условий настоящего договора. |
|  | **3.СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** |
| 3.1. | Стоимость Услуг, выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с фактическим объемом оказанных Услуг (согласно плану лечения) и прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего договора, и указывается в справке (приложении). |
| 3.2.3.2.1 | Стороны согласны, что расчет за Услуги производится Потребителем в российских рублях в наличной или безналичной форме при:**Услугах ортопедического приема**: |
|  | - до начала лечения путем внесения предоплаты за ортопедические Услуги в размере 50% от ориентировочной стоимости Услуги согласно Плану лечения (протезирования), согласованного Потребителем, или могут быть оплачены в размере 100% предоплаты по инициативе Потребителя, - оставшаяся часть стоимости Услуг - в процессе лечения или к моменту готовности ортопедических работ (Услуг), предусмотренных по заказ - наряду, оформленному лечащим врачом, но не позднее  дня окончания работ/оказания Услуг.В случае расторжения настоящего договора на промежуточном этапе протезирования по инициативе Потребителя возврат оплаты за Услуги производится Исполнителем за вычетом суммы за фактически понесенные Исполнителем убытки (за фактически оказанный объем работы (Услуги) и использованные по факту расходные материалы), о чем делается отметка в амбулаторной карте Потребителя. |
| 3.2.2.3.2.33.2.4.3.2.5 | **рентгенологическом исследовании**:-в размере полной стоимости Услуги в день оказания Услуги (посещения врача-стоматолога).После оплаты Услуг Потребителю выдается документ установленного образца, подтверждающий произведенную оплату за оказанные Услуги. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что предварительно ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя и выражает свое согласие на осуществление оплаты работ (Услуг) в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя.Особые условия при изготовлении зубных протезов из драгоценных металлов: |
|  При изготовлении зубных протезов из драгоценных металлов Потребитель оплачивает стоимость зубопротезных Услуг в размере 100% стоимости  зубопротезных работ и вносит аванс за драгметалл в размере не менее 80% от стоимости материала (золота) за ориентировочный вес зубного  протеза.  Окончательный расчет за драгметалл производится Потребителем после взвешивания готового протеза в присутствии Потребителя и  золотоприемщика. В случае расторжения настоящего договора по инициативе Потребителя на любом из этапов работ (Услуг) при изготовлении зубных протезов из  драгоценных металлов, стоимость выполненной Услуги и использованных расходных материалов (стоимость драгметалла, включая потери (угар)  при изготовлении протеза: (для золота- 6%, палладий – 8% от общего веса протеза) Потребителю не возвращаются Исполнителем, а полуфабрикат  протеза из драгоценных металлов (либо изготовленного из других ДМ) комиссионно в присутствии Потребителя завешивается и под роспись  выдается Потребителю на руки. |
|  | **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ГАРАНТИРОВАННЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.** |
| 4.1. | Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами, и действует до исполнения сторонами своих обязательств.  |
| 4.2. | Договор может быть, расторгнут по соглашению сторон, а также по основаниям, предусмотренным договором и законодательством РФ. |
| 4.3. | Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с действующим Положением о гарантийных обязательствах. C положением о гарантийных обязательствах можно ознакомиться на информационных стендах «Исполнителя» в месте, доступном для ознакомления с ним. |
| 5.1.5.2.5.3.5.4.5.5.6.1.7.1.8.1. |

|  |
| --- |
| **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.** |
| Исполнитель и Потребитель несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий насоящего договора. |
| Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.Потребитель несет ответственность за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору работ (Услуг).В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем, стороны обязуются в досудебном порядке решить спорный вопрос путем направления в адрес друг друга письменных претензий. Срок ответа на претензию – 10 рабочих дней. При не урегулировании разногласий, стороны имеют право обратиться в суд по месту нахождения Исполнителя.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру исполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств.**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.** Информация о факте обращения Потребителя за медицинской помощью (Услугами), а также любая другая информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, составляет врачебную тайну и подлежит разглашению только в случаях, предусмотренных действующим законодательством на основании соответствующих запросов компетентных органов, организаций и должностных лиц. Положение настоящего пункта договора сохраняет свою юридическую силу и по истечении срока действия настоящего договора.**7. ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**.Подписав настоящий договор Потребитель тем самым, предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных, в том числе внесения их в электронную базу данных Исполнителя, согласно требованиям, указанным в Федеральном законе от 01.01.2001 № 152-ФЗ «О персональных данных».  |

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:«Потребитель» «Исполнитель»

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО:  | ГАУЗ СО « СОБ № 2» |
| (указать фамилию, имя, отчество полностью)  | 620014, г. Екатеринбург |
|  | ул. Набережная рабочей молодежи, д.3. |
|  | ИНН 6658028937 / КПП 665801001; БИК 04657701 |
|  | ОКАТО 65401000000, тел. (343) 371-34-06 |
| Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | Министерство финансов Свердловской области (ГАУЗ СО «СОБ №2»)лицевой счет 33013910460 |
| выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Уральское ГУ Банка России г. Екатеринбург; Р/счет40601810165773000001; ОГРН 1026602329489  |
| Дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года  |  |
| Адрес проживания: |  |
|  |  |
| Телефон |  |
| Подписи сторон: |  |
| Потребитель  | Главный врач: Руденко К.В.  |

 |
|    |