**ДОГОВОР**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ \_\_\_\_\_\_\_\_**

**к плат. документу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*г. Краснодар "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.*

**Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская стоматологическая поликлиника № 2 (МБУЗ ДСП №2),** в лице главного врача, Шульга Игоря Владимировича, действующего на основании Устава**,** с одной стороны и гражданин(ка) или его законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф И О полностью, адрес места жительства, телефон)

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

**1.Предмет договора**

* 1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» платные медицинские услуги : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Стоимость и порядок оплаты**

2.1.Стоимость услуг согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

2.2.Оплата «Заказчиком» производится наличным платежом в кассу.

2.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия «Заказчика» с оплатой по прейскуранту и оформляются дополнением к настоящему договору.

1. **Права и обязанности сторон**

3.1. «Исполнитель» обязан:

* оказать «Заказчику» качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
* заблаговременно предоставить «Заказчику» доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге;
* обеспечить все необходимые амбулаторные условия пребывания «Заказчика»;
* незамедлительно информировать «Заказчика» об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или нецелесообразности продолжения работы,
* выдать «Заказчику» кассовый чек (или документ, его заменяющий), подтверждающий прием наличных денег.

3.2. «Исполнитель» имеет право.

* в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;
* отказаться от исполнения обязательств при условии возврата «Заказчику» стоимости оплаченной услуги.

3.3.«Заказчик» обязан:

* своевременно оплатить стоимость услуги;
* сообщить «Исполнителю» сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (состояние здоровья, реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
* точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованные «Заказчику» «Исполнителем».

3.4.«Заказчик» имеет право:

* на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для его понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
* отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат (оказанные услуги по прейскуранту).

1. **Информация о предоставляемой услуге**

4.1.«Исполнитель» имеет лицензию № ЛО-23-01-004200 от 07 февраля 2012г., выданную Департаментом здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, г. Краснодар, ул. Новокузнечная, 67, тел.8(861) 2596173). Лицензия выдана на осуществление медицинской деятельности, перечень работ (услуг):

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии, экспертизе временной нетрудоспособности.

4.2.«Заказчик» уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует «Заказчика» и устанавливает отсутствие противопоказаний.

1. Началом предоставления медицинской услуги считается:

- при амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование, при диагностической услуге - начало самой манипуляции.

4.5. Продолжительность услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_часов; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дней.

4.6.Лечение производит врач (врачи): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.7. «Заказчик» разрешает передавать информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф И О полностью)

4.8.«Заказчик» дает согласие (отказывается) на получение информации о своем здоровье лично. При отказе - эти сведения сообщить:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф И О полностью)

4.9.В связи с оказанием медицинской услуги, в предусмотренных нормативными актами случаях, «Заказчику» по его требованию выдается листок нетрудоспособности.

4.10.«Заказчик» информирован:

4.10.1.0 возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В случае возникновения осложнений «Исполнитель» предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

4.10.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

4.11.«Заказчик» разрешает «Исполнителю» получать всю информацию о состоянии здоровья из других лечебных учреждений в целях повышения качества предоставляемой услуги.

1. **Ответственность сторон**

5 .1. В случае ненадлежащего исполнения услуги «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:

1. Безвозмездного устранения недостатков услуги.
2. Соответствующего уменьшения стоимости услуги.
3. Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

5.2.«Исполнитель» освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла «Заказчика».

1. **Сроки действия договора, порядок его расторжения**
2. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
3. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.
4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством.
5. **Прочие условия**
6. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.
7. При заключении договора «Исполнителем» может использоваться факсимильная печать.
8. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.
9. **Реквизиты и подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК: ФИО** |  |
| Контактный тел.: |  |
| Подпись Заказчика: |  |
| Законный представитель: ФИО |  |
| Подпись законного представителя: |  |

|  |
| --- |
| **Исполнитель:**  Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Детская стоматологическая поликлиника №2 (МБУЗ ДСП №2)  Юридический адрес: 350058 г. Краснодар, ул. Ставропольская, 221  ИНН 2312097136 КПП 231201001, ОКПО 26582287  БИК 040349001, ОГРН:1022301985628  Дата регистрации 05.06.2002, орган регистрации: ИФНС России № 5 по г. Краснодару  Р/С: 40701810800003000001  в Департаменте финансов администрации муниципального образования город Краснодар  в Южном главном управлении Центрального банка Российской Федерации (Южное ГУ Банка России)(МБУЗ ДСП № 2)  л/сч 928.01.021.8  Телефон: 8 (861) 231-46-10  E-mail: [detstomat2@kmivc.ru](mailto:detstomat2@kmivc.ru)  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.В. Шульга  МП |