ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

г. Егорьевск «___» _____20____года

Производственный кооператив "ДАНТИСТ", именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице учредителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) _____, действующего на основании Устава и правил оказания платных медицинских услуг в ПК «Дантист» (приказ №1 от 01.07.2015г.) с одной стороны и _____

_____, _____ г. р,

проживающий по адресу:_____

_____ контактный телефон: _____, адрес электронной почты:_____ , именуемый в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе.

Фирменное наименование: Производственный кооператив «Дантист» (ПК «Дантист»)

Юридический адрес: 140304, г. Егорьевск, Московская область, ул. Владимирская д.29

ОГРН 1075011001944, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от "01"ноября 2007 г. серия 50 № 010077590, наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Егорьевску Московской области;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-006763 от 01июля 2015 года, выдана Министерством здравоохранения Московской области (адрес лицензирующего органа: 143407, г. Красногорск, Московская область,бульвар Строителей д. 1, тел. +7 (498) 602-03-01).

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ПК«Дантист» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 3).

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке, указанные в настоящем Договоре.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.1.2. Медицинская помощь оказывается в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включает в себя предоставление медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), оказывается в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Объем обследования и диагностических манипуляций, длительность лечения и реабилитации определяется порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами (рекомендациями) и другими нормативными документами, действующими на территории Российской Федерации.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 №1177н.

2.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Дополнительном соглашении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Форма Дополнительного соглашения приведена в Приложении № 2.

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- ознакомил его с Правилами предоставления ПК «Дантист» платных медицинских услуг, утвержденных приказом от 01.07.2015 года №7, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

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

- представил для ознакомления копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность её завершения в срок, невозможность соблюдения Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платную медицинскую услугу) гарантийных обязательствна оказываемые платные медицинские услуги или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинской помощи на платной основе.

2.5. Стороны принимают на себя обязательство не раскрывать третьим лицам характер и объемы оказываемых услуг.

2.6. По факту оказания медицинских услугИсполнителем и Потребителем подписывается Акт выполненных работ по форме, приведенной в Приложении №4.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платную медицинскую помощь в объеме медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), согласованных Сторонами.

3.1.2. Оказывать медицинскую помощь качественно, с использованием современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала, работу медицинского оборудования соответствующего требованиям законодательства Российской Федерации, для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Предоставить необходимую Потребителю информацию об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.1.5. Уведомить Потребителя об изменении времени и объеме предоставляемой медицинской помощи не позднее, чем за 2 (два часа) назначенного времени визита Потребителя по согласованному с Потребителем способу связи: телефон, смс, электронная почта.

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

3.1.7. Незамедлительно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.8. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, о случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя, в противном случае Исполнитель несет расходы на их оказание за свой счет;

3.1.9. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебная тайна), деонтологию и медицинскую этику.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен, и в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, утвержденному приказом №1 от 01.07.2015 года «Об утверждении Правил предоставления Производственным кооперативом «Дантист» платных медицинских услуг»;

3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований иконсультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (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, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях.

3.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги но настоящему Договору;

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

3.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

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

3.2.8. Заботиться о сохранении своего здоровья, в том числе своевременно проходить медицинские осмотры в медицинских организациях любой формы собственности;

3.2.9. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские Услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя посогласованному номеру телефона в клинику ПК «Дантист» или на мобильный номер медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

3.2.10. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно сообщить Исполнителю.

3.2.11. Потребитель согласен на сбор, хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации (Приложение № 1).

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

- Действий Потребителя угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей поликлиники.

3.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н.

4. Цена и порядок оплаты услуг.

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласноп. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, с которым Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

4.2. Стоимость медицинских услуг по Дополнительному соглашению к настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предварительной оплаты.

Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг в процессе оказания медицинской помощи, объем услуг, оговоренный в Дополнительном соглашении к Договору, может быть изменен с согласия Потребителя.

В таком случае, Исполнителем и Потребителем подписывается еще одно Дополнительное соглашение к Договору, в котором оговорен перечень дополнительных платных медицинских услуг. Без согласия

Потребителя Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платныемедицинские услуги по настоящему Договору.

4.5. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением к Договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя 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 Потребителем неполной и (или) искаженной информациио своем здоровье; нарушения графика приема; рекомендаций, выданных медицинским персоналом Исполнителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащегоисполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора и индивидуальные особенности организма Потребителя.

5.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

5.6. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путём переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

6. Порядок 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 надлежащим образом подписаны Сторонами.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.2.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляетсяИсполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжениинастоящего Договора по инициативе Потребителя.

Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги небыли оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

6.2.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Отказ Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Потребителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги небыли оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

7. Заключительные положения.

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

7.2. Договор вступает в силу с даты его заключения и сроком на 1 (один) год. В случае если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего Договора за 30 (тридцать) дней до окончания действия Договора, Договор считается продленным на тех же условиях на такой же срок.

7.2.1. После исполнения настоящего Договора, Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, по письменному заявлению Потребителя.

8. Уведомление Потребителя.

8.1. Исполнитель ставит Потребителя в известность о том, что 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.

Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон:

Исполнитель:
ПК «Дантист»
ИНН/КПП 5011028381/501101001
р/с 40702810340120100738 в ДО №9040/№00500
Среднерусский Банк ОАО «Сбербанк России»
к/с 30101810400000000225БИК044525225
Тел. +7(496)406-66-67

Подпись медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги:
_____/_____/
М.П.

Потребитель: _____
_____
_____
(ФИО)
Адрес места жительства: _____
_____
_____
_____
Телефон: _____
адрес электронной почты: _____
_____
Документ, удостоверяющий личность:
_____
_____
_____
/КОГДА И КЕМ ВЫДАН/
_____/_____/