Приложение №2

к приказу от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***ФОРМА***

ДОГОВОР № Номер договора

# на оказание платных медицинских стоматологических услуг детям старше 15 лет

# (ортодонтическое лечение)

г. Сургут Дата договора

**Исполнитель:** Полное наименование учреждения в лице Должность в род. пад. Ф.И.О. в род. пад., действующей на основании доверенности Номер и дата выдачи доверенности, с одной стороны, и

**Заказчик:** Ф.И.О. заказчика, проживающий по адресу Адрес фактического места жительства, с другой стороны,

**Пациент** Ф.И.О. пациента, дата рождения, проживающий по адресу Адрес фактического места жительства, с третей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

# Предмет договора

* 1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать Пациенту услуги по ортодонтическому лечению с применением несъемной техники (брекет-система), в том числе диагностические (в дальнейшем — услуги), в объеме, указанном в заказ-наряде (основной, дополнительный), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1), а Заказчик оплатить их в соответствии с условиями настоящего договора.
	2. Исполнитель оказывает услуги на основании:
* Устава;
* «Положения об организации и оказании платных медицинских услуг, в том числе диагностические (дополнительных к гарантиро­ванному объему бесплатной медицинской помощи) в бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1», утвержденного Исполнителем;
* Лицензии № Номер лицензии от Дата выдачи лицензии г выдана Кем выдана лицензия, адрес места нахождения: Адрес места нахождения органа выдавшего лицензию, тел. Телефон органа выдавшего лицензию (приложение №2 к настоящему договору).
	1. Место оказания услуг: Адрес места оказания услуг.
	2. Основанием для заключения настоящего договора являются медицинские показания и желание Пациента получить услуги.
	3. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, клинических рекомендаций (при наличии), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
	4. Пациенту в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
	5. Срок ожидания платной медицинской услуги (ортодонтическое лечение) не может превышать 30 календарных дней со дня обращения Пациента в медицинское учреждение (за исключением случаев: неявка пациента в назначенное время, выбор конкретного врача пациентом и другие причины, не зависящие от медицинской организации). По медицинским показаниям или по согласованию с пациентом, срок ожидания платной медицинской помощи может быть увеличен.
1. **Качество услуг и гарантийный срок**
	1. Качество услуг должно соответствовать условиям договора, а также обязательным требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, установленными федеральными законами, иными нормативными правовыми акта Российской Федерации (в случае установления таких требований)
	2. После завершения лечения устанавливается ретенционный период. Продолжительность ретенционного периода и выбор ретенционного аппарата (съемный, несъемный) определяется лечащим врачом индивидуально в каждом конкретном случае. В случае установления гарантийного срока на оказанные услуги, он отражается в акте об оказании услуг и «Медицинской карте ортодонтического пациента».
	3. Пациент вправе предъявить требования, связанные с недостатками оказанной услуги, если они обнаружены в течение гарантийного срока.
	4. В случае невыполнения Пациентом рекомендаций Исполнителя, Исполнитель не несет гарантийных обязательств, деньги за проведенной лечение не возвращаются. Все нарушения Пациента фиксируются Исполнителем в «Медицинской карте ортодонтического пациента» и подписываются Пациентом, при отказе Исполнителем составляется акт и вклеивается в «Медицинскую карту ортодонтического пациента».
	5. Исполнитель отвечает за недостатки оказанной услуги, если не докажет, что они возникли вследствие нарушения Пациентом рекомендаций лечащего врача, действий третьих лиц или непреодолимой силы.

# Цена договора и порядок расчетов

* 1. Цена услуги установлена «Информацией о ценах на платные медицинские услуги стоматологического профиля, оказываемые (выполняемые) БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1», утвержденной в установленном порядке.
	2. Цена настоящего договора составляет ориентировочно Сумма цифрами и прописью на весь период ортодонтитеческого лечения по ценам, действующим на момент заключения договора.
	3. Цена договора неокончательная. В зависимости от сложности патологии у Пациента, цена договора может меняться в течение всего периода лечения путем оформления дополнительных соглашений к договору, заказов-нарядов, являющихся неотъемлемыми частями настоящего договора \_\_\_\_ Номера и даты заказ-нарядов к договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
	4. Заказчик оплачивает услуги после подписания договора единовременно предварительно в размере 100% цены договора по ценам, действующим на момент оплаты.
	5. Ортодонтическое лечение может быть разделено на этапы с оформлением заказ-наряда на каждый этап. В этом случае оплата производится в размере 100% стоимости услуг указанных в заказ-наряде до начала оказания услуг по ценам, действующим на момент оплаты.
	6. Заказчик оплачивает услуги в следующем порядке:
* платежной банковской картой через банковский терминал, установленный по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8; ул.Пушкина, 5/1 с предоставлением Заказчику, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых услуг;
* наличными денежными средствами в кассу учреждения по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8. с предоставлением Заказчику контрольно-кассового чека, подтверждающего произведенную оплату предоставляемых услуг;
* в безналичном порядке на основании выставленного счета. Счет выставляется в бухгалтерии Исполнителя по просьбе Заказчика, на основании предоставленных Заказчиком реквизитов по адресу: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8;
	1. После завершения лечения или каждого этапа лечения, Исполнитель и Заказчик оформляют и подписывают акт об оказании услуг.
1. **Срок оказания услуг**
	1. Предварительный срок оказания услуг с учетом диагноза заболевания:
* Начало срока лечения Дата начала лечения.
* Окончание срока Дата окончания лечения.

# Обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

* 1. Оказать услуги по ценам, действующим на день оплаты заказ-наряда.
	2. Оказать услуги после предварительной 100% оплаты заказ-наряда Заказчиком.
	3. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения РФ.
	4. Обеспечить безопасность услуги в процессе ее оказания.
	5. По требованию Пациента предоставить в доступной форме информацию об оказываемых услугах, содержащую следующие сведения:
* порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при оказании услуг;
* информацию о конкретном медицинском работнике (лечащем враче), предоставляющем услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе;
* об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
* другие сведения, относящиеся к предмету договора.
	1. Оказать услуги в срок, указанный в п. 4.1. договора, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы.
	2. Отказаться от оказания услуги, если с медицинской точки зрения оказание Пациенту заказанных медицинских услуг не показано.
	3. Зафиксировать факты нарушений обязательств, взятых Пациентом, влияющих на исход лечения (несоблюдение Пациентом гигиены полости рта; неявка в назначенный прием к врачу; не прохождение регулярных профилактических осмотров, назначенных врачом; наличие вредных привычек).
	4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема его обязанности по лечению Пациента исполняет другой врач Исполнителя.
	5. В случае требования Пациента о замене лечащего врача содействовать выбору Пациентом другого лечащего врача.
	6. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
	7. При оказании услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.
	8. По требованию Заказчика составить смету на предоставление платных медицинских услуг. Смета в этом случае будет являться неотъемлемой частью договора.
	9. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Дополнительный объем услуг оформляется дополнительным соглашением к договору. Не предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Заказчика и Пациента.
	10. Оказать услуги без взимания платы в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний.
	11. После исполнения договора по заявлению Пациента выдать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделий, без взимания дополнительной платы.
1. **Права Исполнителя**

Исполнитель имеет право:

* 1. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, самостоятельно определить объем исследований, манипуляции, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором либо привлечь специальную бригаду экстренной помощи.
	2. На изменение плана лечения, в случае изменения диагноза, с письменного согласия Пациента.
	3. Отказаться от исполнения настоящего договора при невыполнении Пациентом назначений лечащего врача и медицинского персонала.
1. **Обязанности Пациента**

Пациент обязан:

* 1. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщение лечащему врачу, необходимых для этого сведений о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенном ранее обследовании и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг с оформлением анкеты.
	2. Перед оказанием услуг ознакомиться с предложенным планом лечения. Оказание услуг начинается только после подписания Пациентом плана лечения. В процессе лечения возможны изменения в плане лечения, которые согласовываются с Пациентом.
	3. Регулярно являться на прием к врачу в назначенное время. В случаях невозможности явки в назначенный срок заранее, до планового приема, согласовать время переноса визита.
	4. Немедленная явка обязательна в случаях возникновения:
* чрезмерных болевых ощущений в области зубов, костей черепа, мышц челюстно-лицевой области;
* появления отеков мягких тканей; травм слизистой оболочки полости рта; повышенной чувствительности, аллергических реакций, кровотечений;
* других осложнений
	1. При выявлении каких-либо недостатков в процессе получения услуги и после нее незамедлительно обратиться к Исполнителю.
	2. В случае обращения за неотложной медицинской помощью в другие лечебные учреждения предоставлять из этого учреждения выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.
	3. Вопросы, возникающие до, во время и после стоматологического лечения должны обсуждаться в первую очередь с лечащим врачом.
	4. Строго соблюдать рекомендации лечащего врача, выполнять все медицинские предписания, назначения, в том числе назначенного режима лечения для достижения и сохранения результата лечения.
1. **Права Пациента**

Пациент имеет право:

* 1. Требовать предоставление услуг надлежащего качества.
	2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
	3. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
	4. На проведение по его просьбе консилиумов и консультаций других специалистов.
	5. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
	6. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.
	7. На получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента.
	8. На получение информации о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях (при наличии), о методах оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.
	9. На получение информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
	10. Отказаться от получения услуг на любом этапе исполнения Договора. В этом случае договор расторгается по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
	11. На назначение нового срока оказания услуг путем заключения дополнительного соглашения к договору.
1. **Обязанности и права Заказчика**

Заказчик обязан:

* 1. Произвести оплату медицинских стоматологических услуг на условиях, указанных в разделе 3. настоящего договора.

Заказчик имеет право:

* 1. Требовать составление Исполнителем сметы на оказываемые услуги..
1. **Ответственность Сторон**
	1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае виновности в причинении вреда здоровью Заказчика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье, в соответствии с п. 7.1., а также в случаях, предусмотренных п. 7.3 и п.7.8 настоящего договора. Исполнитель не несет ответственности за возможные осложнения, развивающиеся по вине Пациента.
	4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.
	5. При преждевременном завершении лечения в связи с нежеланием Пациента продолжать его или по любой другой причине, связанной с Заказчиком или Пациентом, за любое возникающее осложнение Исполнитель ответственности не несет.
2. **Срок действия договора**
	1. Договор считается заключенным с момента достижения соглашения по всем существенным условиям договора и его подписания сторонами.
	2. Срок действия договора с Дата начала действия договора по Дата окончания действия договора года.
	3. Срок действия договора может быть продлен по соглашению сторон.
3. **Изменение и расторжение договора**
	1. Изменение и расторжение договора производится по соглашению сторон.
	2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.
	3. Исполнитель в одностороннем порядке расторгает договор в случае нецелесообразности оказания услуг по медицинским показаниям. Заказчик оплачивает фактически оказанные услуги согласно расчету Исполнителя.
	4. Заказчик (Пациент) вправе с оформлением требования расторгнуть договор на любом этапе при условии оплаты исполнителю фактически оказанных услуг и понесенных им расходов согласно расчету Исполнителя.
4. **Порядок рассмотрения претензий и споров**
	1. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком, Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон.
	2. При невозможности достижения соглашения споры разрешаются в судебном порядке.
5. **Заключительные положения**
	1. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Пациента.
	2. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
	3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись Пациента расшифровка подписи

# Реквизиты и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1»628413, ХМАО-Югра, г.Сургут, ул. Григория Кукуевицкого, д. 8ИНН /КПП 8602001609 / 860201001ОГРН 1028600599015Выдан: Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Сургуту Ханты-Мансийского автономного округа –ЮгрыБланк: серия 86 № 000550192Дата: 28 ноября 2002 года Казначейский счет (расчетный счет) 03224643718000008700БИК 007162163РКЦ ХАНТЫ-МАНСИЙСК//УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре г.Ханты-МансийскЕдиный казначейский счет (корреспондентский счет) 40102810245370000007Лицевой счет: Депфин Югры (БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1» л/с № 620.33.333.0)Тел. (3462) 35-25-99, факс 35-26-37 E-mail: sp1@stoma1-surgut.ru |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон | № контактного телефона |
| Адрес фактического места жительства: Адрес фактического места жительстваДанные документа удостоверяющего личность:Наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер |

 |
| Пациент |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон | № контактного телефона |
| Адрес фактического места жительства: Адрес фактического места жительстваДанные документа удостоверяющего личность:Наименование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер |

 |

1. **Приложения:**
2. Заказ-наряд (основной, дополнительный).
3. Выписка из реестра лицензий (предоставляется по требованию)
4. Смета (предоставляется по требованию)
5. **Подписи сторон**

ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК

Должность доверенного лица

 \_\_\_Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Заказчика

 ПАЦИЕНТ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. Пациента