

4.4.8. Потребовать полного возмещения убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги. Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований потребителя.

4.4.9. При нарушении Исполнителем сроков оказания услуг по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом: расторгнуть настоящий Договор.

4.4.10. Требовать полного возмещения убытков, причиненных в связи с нарушением сроков оказания услуги. Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований Потребителя (Заказчика).

Требования потребителя не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что недостатки оказанной услуги или нарушение сроков оказания услуги произошло вследствие непреодолимой силы или по вине потребителя.

5. Платежи и расчеты по договору

5.1. Стоимость медицинских услуг определяется согласно действующему прейскуранту Исполнителя и составляет ____ рублей.

Услуги Исполнителя оплачиваются непосредственно после предоставления данных услуг.

5.2. Оказанные в соответствии с п. 3.4 настоящего Договора дополнительные услуги оплачиваются Потребителем по расценкам действующего прейскуранта после заключения дополнительного соглашения, являющего неотъемлемой частью настоящего Договора.

5.3. Заказчик оплачивает стоимость полученных услуг после каждого визита. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Исполнителя Заказчику выдается кассовый чек.

5.4. Заказчик может осуществить предоплату медицинских услуг. Размер предоплаты по соглашению сторон составляет 50 процентов от стоимости услуг.

6. Конфиденциальность

6.1. Медицинская организация обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (Заказчика) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

6.2. С согласия Потребителя (Заказчика) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя (Заказчика).

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Заказчика) допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7. Ответственность сторон

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Потребителем (Заказчиком) в случае:

7.3.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

7.3.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о возможности которых не был предупрежден Потребителем.

7.3.3. Возникновения осложнений при лечении в другой клинике.

7.4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Заказчиком ранее оказанных медицинских услуг.

7.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

7.6. Сторона, для которой стало невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

8. Урегулирование споров

8.1. Если одна из Сторон считает, что выполнила обязательства по Договору, а другая не выполнила, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.

8.2. Ситуация, при которой Потребитель считает, что результат услуги не достигнут или его здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а Исполнитель не согласен с мнением Потребителя, является конфликтом.

8.3. Потребитель (Заказчик) вправе подать обращение (жалобу) в органы государственной власти и руководству медицинской организации почтовым отправлением по адресу: 432017, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д.8/1, посредством электронной почты stomat@mz73.ru или на сайтах органа государственной власти.

8.4. При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8.5. Конфликты, которые Стороны не смогли разрешить совместно, разрешаются путем применения альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника – Центра медиации (досудебного урегулирования спора) при Некоммерческом партнерстве содействия развитию здравоохранения «медицинская палата Ульяновской области» (далее – центр Медиации) в порядке, установленном Федеральным законом РФ от 27 июля 2010 года № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» и Правилами проведения медиативных процедур в указанном центре медиации (тел (8422)410692).

8.6. Если при проведении процедуры медиации стороны не пришли к единому решению или решение не устроило хотя бы одну из Сторон, разрешение конфликта осуществляется в судах общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

9. Заключительные положения

9.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

9.2. Прекращение и расторжение Договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

9.3. Любая из Сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив при этом другой стороне фактически понесенные расходы или убытки.

9.4. При подписании настоящего Договора Потребитель (Заказчик) соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация об Исполнителе, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг. Потребитель до подписания настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим Договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.

9.5. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.6. Подписывая данный договор, Потребитель соглашается с ведением видеосъемки на территории поликлиники в целях безопасности, о чем предупрежден заранее перед входом в поликлинику.

9.7. Стороны согласились, что при заключении договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования либо аналога собственноручной подписи.

10. Объем оказываемых платных медицинских услуг:

Потребитель с объемами оказываемых платных медицинских услуг и расценками на них согласен _____ (подпись потребителя).

11. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:	Потребитель:
государственное бюджетное учреждение здравоохранения	_____
«Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»	_____
432017, Ульяновская область, г. Ульяновск, ул. Гончарова, д.8/1	(Ф. И. О.)
Тел./факс: 8-8422-41-17-51	Адрес: _____
ИНН 7325124033/ КПП 732501001	Паспортные данные: _____
Лицевой счет в Министерстве финансов по Ульяновской области 20261136B04, 22261136B04	_____
казначейский счет 03224643730000006801,	_____
банковский счет 401028106453700000061.	Телефон: _____
Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ УЛЬЯНОВСК БАНКА РОССИИ //УФК по	Адрес электронной почты: _____
Ульяновской области г. Ульяновск,	_____
БИК 017308101 ОГРН 1137325006060	_____

Подписи Сторон

Исполнитель:	Потребитель:
_____	_____
(подпись)	(подпись)
(Ф. И. О.)	(Ф. И. О.)
Заказчик:	_____
_____	_____
(Ф. И. О.)	_____
Адрес: _____	_____
Паспортные данные: _____	_____
_____	_____
_____	_____
Телефон: _____	_____
Адрес электронной почты: _____	_____
_____	_____
Заказчик:	_____
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения гражданина или законного представителя ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ в отношении Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем – Фамилия Имя Отчество (при наличии) законного представителя, действующий в интересах Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента) ____ дата рождения пациента, ____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес ____ даю согласие на получение платных медицинских услуг в ____ полное наименование медицинской организации ____.

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в ____ полное наименование медицинской организации ____.

Я уведомлен 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 оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

	Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон	
	Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон	
Пациент (его законный представитель)	Подпись	Фамилия Имя Отчество
Медицинский специалист	Подпись	Фамилия Имя Отчество

«__» _____ г.

* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.