***УВЕДОМЛЕНИЕ***

*Настоящим подтверждаю, что в соответствии с требованием, изложенным в п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, работниками ГАУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 9 г. Уфа до заключения настоящего договора я в письменной форме уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 а так же о возможности получить соответствующие виды и объемы медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.\_\_\_\_\_\_\_\_\_√\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Ф.И.О., подпись Потребителя)*

ДОГОВОР № \_\_\_

возмездного оказания медицинских услуг

г. Уфа «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20­­­­­­­­­\_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 9 города Уфа, адрес местонахождения: 450052, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Гафури, 103, ОГРН 1040204116292, ИНН 0275044651, лицензия № Л041-01170-02/00351556 от 20 декабря 2018 года, выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347) 218-00-81 адрес сайта health.bashkortostan.ru) на осуществление медицинской деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании доверенности от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_№\_\_\_ с одной стороны, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**  *и физическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО физического лица, адрес, телефон)*

*именуемое в дальнейшем***«Потребитель»***, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:*

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется оказывать «Потребителю»на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, разрешенным на территории РФ.

1.2. «Потребитель»обязуется своевременно оплачивать медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором, а также выполнять требования «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

1.3. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в рамках настоящего договора:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование и пункт медицинской услуги, согласно прейскуранта | Условия и сроки ожидания медицинской услуги | Гарантийный срок | Количество | Цена по прейскуранту | Общая стоимость платных медицинских услуг (НДС не облагается) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

2.УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях ГАУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 9 г. Уфа по адресу:

- г. Уфа, ул. Гафури,103 тел. 8 (347) 252-46-03(регистратура); - г. Уфа, ул. Кирзаводская, д. 1/2 тел. 8 (347) 216-31-29 (регистратура); -г. Уфа, Ленинский район, пос. 8 Марта, ул. Защитников Отечества, д.6 тел 8 (347) 216-43-04 (регистратура) *(нужное подчеркнуть)* в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией поликлиники и доводятся до сведения «Потребителя».

2.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляется в соответствии с договором. После оказания медицинской услуги составляется Акт приема платных медицинских услуг, который подписывается «Исполнителем» и «Потребителем».

2.3. Оказание дополнительных платных медицинских услуг, возникших в ходе процесса лечения и оказания услуг, оформляется по согласию Потребителя в виде дополнительного соглашения к договору, либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата услуг «Потребителем» осуществляется поэтапно по факту выполнения работ (услуг) в день их оказания.

3.2. В целях обеспечения выполнения ортопедических работ (услуг) «Потребитель» обязан до начала их выполнения внести (оплатить) «Исполнителю» аванс в размере 30% (тридцать процентов) от стоимости предусмотренных сметой работ (услуг). Оставшаяся часть неоплаченной суммы подлежит оплате в день выполнения очередного этапа работы (услуги) на основании подписанного Сторонами акта выполненных работ (услуг).

3.3. Оплата услуг осуществляется наличными средствами с применением контрольно-кассовой техники, а также любым другим способом, не запрещенным законодательством Российской Федерации. «Исполнитель» обязан выдать на руки «Потребителю» документ, подтверждающий оплату (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

3.4. «Потребитель» в случае одностороннего отказа от исполнения принятых обязательств по настоящему договору обязан возместить фактически понесенные «Исполнителем» расходы по выполнению работ (оказанию услуг) не позднее 10 рабочих дней с момента одностороннего отказа от договора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Исполнитель» обязуется:

* оказать медицинскую услугу в полном объеме и в период действия Договора с учетом индивидуальных, анатомических и физиологических особенностей «Потребителя»;
* обеспечить качество оказываемой медицинской услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ;
* сохранять в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе, лечении «Потребителя»;
* выдать«Потребителю» медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) без взимания дополнительной платы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг;
* своевременно информировать «Потребителя» о возможном увеличении объема работы, стоимости лечения.

4.1.1 «Исполнитель» вправе:

* использовать помощь ассистентов и иных специалистов, в том числе смежных специальностей;
* в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, «Исполнитель» по согласованию с «Потребителем» вправе назначить другого врача или перенести срок исполнения услуги.

4.2. «Потребитель» обязуется:

* оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;
* достоверно и в полном объёме сообщать всю информацию о своем здоровье, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, и других заболеваниях в семье, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, включая информацию о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими средствами;
* в случае возникновения осложнений или каких-либо недостатков у «Потребителя» после оказания медицинской помощи немедленно информировать «Исполнителя»;
* соблюдать меры профилактики и гигиены полости рта и приход на профилактические осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев или по назначению врача*;*
* выполнять все требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность качественного предоставления медицинских услуг, включая выполнение рекомендаций лечащего врача, соблюдение распорядка работы «Исполнителя»;
* в установленном законом порядке дать согласие на выполнение медицинских вмешательств, предусмотренных планом лечения;
* являться на прием в назначенное врачом время. При невозможности посещения врача в назначенное время заранее предупредить об этом через регистратуру по телефонам, указанным в п.2.1. настоящего договора;

перед получением медицинской услуги ознакомиться с графиком работы ГАУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №9 г. Уфа, с перечнем разрешенных видов медицинской деятельности, и Правилами предоставления платных медицинских услуг в данной организации, размещенными на информационных стендах, стойках, официальном сайте поликлиники;

4.2.1 «Потребитель» вправе:

* выбрать медицинского работника с учетом его квалификации;
* получить в доступной форме информацию о состоянии здоровья «Потребителя», лечебно-диагностических мероприятиях, оказываемых «Исполнителем»;
* отказаться от исполнения Договора об оказании услуг при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору;
* предъявлять требования, связанные с недостатками выполненной работы (оказанные услуги), в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
* требовать расторжения настоящего Договора и возмещения убытков, причиненных «Потребителю» в случае обнаружения существенных недостатков оказанной услуги или иных отступлений от условий Договора.

1. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Потребителем» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Потребителя».

5.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Потребителем» условий настоящего Договора.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5.4. За нарушение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в установленном действующим законодательством порядке.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, подлежат разрешению в соответствии с порядком и нормами, установленными действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. При исполнении Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, включая Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закон Российской Федерации «О защите прав потребителей», Постановление Правительства РФ от 11мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"в действующей редакции.

7.2. Договор вступает в действие с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

7.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут:

- по письменному соглашению Сторон;

- в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации; «Потребитель» вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

7.4. Подписание настоящего договора означает, что «Потребитель» информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в действующих редакциях.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон, все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

7.6. В соответствии с частью 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению об использовании «Исполнителем» факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор.

7.7. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «Исполнитель»:  Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 9 города Уфа  Адрес: 450052, г. Уфа, ул. Гафури, д. 103  Телефон: +7/347/250-46-03;  Эл. почта: [ufa.sp9@doctorrb.ru](mailto:ufa.sp9@doctorrb.ru)  Сайт: sp9-ufa.ru  Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | «Потребитель»:  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Экземпляр Договора получил(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: ***√\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл. почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

(Ф ИО ДОЛЖНОСТЬ) ПОДПИСЬ

Дополнительное соглашение №\_

к договору от \_\_ \_\_\_\_202\_ № \_

возмездного оказания медицинских услуг

г. Уфа «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20­­­­­­­­­\_\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 9 города Уфа, адрес местонахождения: 450052, Россия, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Гафури, 103, , ОГРН 1040204116292, ИНН 0275044651, лицензия № Л041-01170-02/00351556 от 20 декабря 2018 г., выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, (адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, т. (347) 218-00-81, адрес сайта health.bashkortostan.ru) в лице врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании доверенности от \_\_ \_\_\_\_\_\_202\_ № \_\_\_\_ с одной стороны, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**  *и физическое лицо\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемое*

*(ФИО физического лица, адрес, телефон)*

*в дальнейшем***«Потребитель»***, с другой стороны,* заключили настоящее дополнительное соглашение (далее соглашение) к договору от \_\_ \_\_\_\_\_\_202\_\_№ \_\_\_ возмездного оказания медицинских услуг (далее договор) о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что «Исполнитель» дополнительно к указанным в договоре услугам оказывает по согласию «Потребителя» следующие платные медицинские услуги:

Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в рамках настоящего соглашения к договору:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование и пункт медицинской услуги, согласно прейскуранта | Сроки оказания услуги | Гарантийный срок | Количество | Цена по прейскуранту | Общая стоимость платных медицинских услуг (НДС не облагается) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

2. Потребитель обязуется оплатить денежную сумму, указанную в п. 1 настоящего соглашения в течение одного банковского дня, следующего за днем подписания настоящего соглашения.

3. Соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами.

4. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Потребителя и один у Исполнителя.

5. Соглашение является неотъемлемой частью Договора. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением стороны руководствуются положениями Договора.

6. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

1. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «Исполнитель»:  Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 9 города Уфа  Адрес: 450052, г.Уфа, ул. Гафури, д. 103  Телефон: +7/347/250-46-03;  Эл. почта: [ufa.sp9@doctorrb.ru](mailto:ufa.sp9@doctorrb.ru)  Сайт: sp9-ufa.ru  Врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО врача должность) |  | «Потребитель»:  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Экземпляр Договора получил(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_**\_\_*√\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл. почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |