**УВЕДОМЛЕНИЕ Пациента и его СОГЛАСИЕ на получение платных медицинских услуг**

До заключения договора в письменной форме я уведомлен исполнителем о том, что невыполнение 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.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) информирован об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявлении на получение медицинских (ой)услуг(и) платно, в соответствии с заключаемым Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года

**Договор №**

**оказания платных стоматологических медицинских услуг**

г. Хабаровск « » 202.. г.

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края (КГБОУ ДПО «ИПКСЗ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача стоматологической клиники КГБОУ ДПО ИПКСЗ «Стомадент-ДВ» Стеценко Евгения Геннадьевича, действующего на основании положения о клинике и доверенности от 01.01.2025 года с одной стороны, и , именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Сведение об исполнителе:**

**Наименование**: Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края

**Юридический адрес:** 680009, Российская Федерация, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 14.12.2012г., серия 27 № 002200201., наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной Налоговой Службы по Железнодорожному району г. Хабаровска.

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-27-01-002621 от 19.09.2018 года**, выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края бессрочно (адрес лицензирующего органа: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д 32,тел. +7(4212) 40-23-22)

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности содержится в Приложении № 6 к настоящему Договору.

1. **Предмет договора:**
   1. 1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги на возмездной основе сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно и добровольно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.
   2. 1.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, отражаются в приложении № 5 (Смета на оказание платных услуг), являющимся неотъемлемым приложением к настоящему договору, составленным в соответствии с действующим Прейскурантом цен и тарифов платных услуг, оказываемых Учреждением.
   3. 1.3 При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством.
2. **Сумма договора и порядок расчётов**
   1. 2.1 Общая стоимость медицинской услуги состоит из сумм, выставляемых по настоящему договору в соответствии с утверждённым прейскурантом на медицинские услуги и материалы составляет общую сумму предоставляемых услуг в соответствии со сметой, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
   2. 2.2 Оплата услуги может производиться: путём наличного расчёта с применением контрольно-кассовых машин или путём перевода причитающейся Исполнителю суммы на его расчётный счёт.

2.3 Общая стоимость услуг составляет **( ) рублей**. Оплата услуг производится путем внесения предоплаты в размере  **%**  **рублей**, остальная сумма рублей выплачивается в рассрочку на месяца равными долями согласно графику платежей. Пациент вправе вносить очередной платеж раньше установленного срока или в большем размере, чем определено графиком платежей.

**График платежей:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Месяц** | **Дата платежа** | **Сумма, руб.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Итого:** |  |  |

2.4. В случае нарушения графика платежей с Пациента взимается пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования Центрального Банка РФ, за каждый день просрочки платежа.

1. **Условия и порядок оказания услуг**
   1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу:

г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171- в, стоматологическая клиника.

* 1. 3.2 Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые установлены администрацией Исполнителя.
  2. 3.3 Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента. Предварительная запись Пациента на приём осуществляется по тел.: **74-17-61.**
  3. 3.4 Оказание услуг осуществляется только после поступления оплаты в полном объеме в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

1. **Права и обязанности сторон**
   1. **4.1 Исполнитель:**

4.1.1 обязан:

- обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ;

- обеспечить Пациента информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, сведения о квалификации специалистов, оформить информированное письменное согласие Пациента на стоматологическое лечение, являющееся неотъемлемой частью Договора;

- в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать только разрешенные к применению методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства.

- обеспечить выполнение принятых на себя обязательств силами собственных специалистов;

- своевременно информировать Пациента о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;

- ознакомить Пациента, по его требованию, с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;

- своевременно информировать пациента о том, что несоблюдение рекомендаций врача может снизить качество медицинской услуги;

- передать Пациенту вместе с результатом оказанных стоматологических услуг информацию, касающуюся эксплуатации результата оказанной услуги (памятку пациенту);

- хранить конфиденциальность информации по договору;

4.1.2 имеет право**:**

- заменить лечащего врача Пациента;

- изменить по медицинским показаниям план, объём и стоимость лечения;

- не приступать к оказанию стоматологической помощи, а начатую приостановить, если Пациент нарушает условия договора.

4.2**. Пациент:**

4.2.1 обязан

-заполнять: согласие на обработку персональных данных пациента (или несовершеннолетнего пациента) стоматологической клиники КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ» информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических медицинских услуг;

-сообщить до оказания услуги о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях (заполнить анкету здоровья); точно выполнять назначения врача; надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению услуги;

- ознакомиться с правилами платных медицинских услуг, листом согласования, предложенных ему стоматологических услуг и подписать его до начала проведения процедур;

- оплатить согласованные стоматологические услуги в полном объёме согласно листу согласования;

- в случае невозможности окончания оказания стоматологической помощи, возникшей по вине Пациента (не мотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых условий, грозящий качеству оказываемой услуге, и иных действий), оплатить стоимость услуги в полном объёме;

- оплатить стоимость расходных материалов при получении выписки или ксерокопии из своей медицинской документации (согласно прейскуранту);

- в сроки, предусмотренные листом согласования, принять результат оказанных услуг, поставив подпись в листе согласования, а при обнаружении отступлений или недостатков немедленно заявить об этом Исполнителю.

4.2.2. **имеет право:**

- на выбор лечащего врача или иного специалиста, оказывающего услугу с учётом его согласия;

- получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;

- требовать предоставления ему информации о медицинской услуге, документов, подтверждающих

специальную правоспособность учреждения и его специалистов, всех необходимых сертификатов и лицензий.

- на возмещение вреда, в случае некачественного оказания услуги, подтверждённого Актами экспертизы;

- отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом Исполнителю фактически понесённые затраты;

- на оказание услуги по цене, действующей на момент заключения договора в случае изменения цены услуги в ходе действия настоящего договора;

- обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу Исполнителя.

**5. Ответственность сторон:**

5.1. **Исполнитель**:

- несёт ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, несоблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью Пациента.

- отвечает за ненадлежащее качество используемых при оказании услуги лекарственных средств и других материалов, только в случае, если они были предоставлены Исполнителем.

- освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

- в случае наступления осложнений, ухудшения первоначально достигнутого результате в следствии невыполнения Пациентом рекомендаций Исполнителя, последний ответственности не несёт.

5.2. **Пациент:**

- несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату стоматологических услуг.

**6.** **Заключительные положения**

6.1 Неотъемлемой частью договора оказания платных стоматологических медицинских услуг являются:

- Приложение №1 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Согласие на обработку персональных данных пациента стоматологической клиники* КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;

-Приложение №2 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Согласие на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента* КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;

***-***Приложение № 3 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических медицинских услугах;*

-Приложение №4 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Анкета здоровья*;

-Приложение №5 к Договору об оказании платных стоматологических медицинских услуг – *Смета на оказание платных услуг.*

Все дополнения и Приложения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

6.3. Срок действия настоящего Договора заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

6.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, при этом один остаётся у Исполнителя, а другой передаётся Пациенту.

6.5. Пациент ознакомлен с программой предоставления услуг и дает своё информированное согласие персоналу учреждения на их реализацию.

6.6. В случаях, неурегулированных настоящим договором, стороны руководствуются Положением о предоставлении платных услуг в стоматологической клинике КГБОУ ДПО «ИПКСЗ» «Стомадент-ДВ»;, Законом «О защите прав потребителей», Гражданским Кодексом РФ.

**Адреса и реквизиты сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент:**  **паспорт:**  **Выдан:**  **Выдан:** |
|  | Адрес:  Тел: |
| М П  Главный врач Стеценко Е. Г. | Подпись:  Дата: |

Дополнительно к договору Пациент уведомляется, что ряд медицинских услуг может быть оказана бесплатно, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, в поликлинике по месту жительства или временного пребывания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись пациента.

**Приложение № 5** к Договору № от об оказании платных

стоматологических медицинских  услуг

***Смета на оказание платных услуг***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Статья, код услуги** | **Наименование услуги** | | **Количество**  **услуг** | **Стоимость, руб.** |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| **Итого:** |  |  | |  |

**Подпись врача**

**Подпись зав. отд.**