**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 за счет средств краевого материнского капитала**

г. Хабаровск « » 2025 г.

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. ректора Колесникова Софья Михайловна действующего на основании Приказа МЗХК № 131-к от 22.03.2022 г., лицензии № ЛО-27-01-002621 от 19 сентября 2018 года на осуществление медицинской деятельности выдана министерством здравоохранения Хабаровского края с одной стороны, и именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. 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:**

2.1 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.

2.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, отражаются в смете, являющимся неотъемлемым приложением к настоящему договору, составленным в соответствии с действующим Прейскурантом цен и тарифов платных услуг, оказываемых Учреждением.

2.3 При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, постановлением Правительства Хабаровского края № 426-пр от 19.12.2011. «Об утверждении Перечня медицинских услуг и расходов, связанных с их оказанием, и Правил направления средств (части средств) краевого материнского (семейного) капитала на оплату медицинских услуг, оказываемых родителю (родителям) и (или) ребенку (детям)»

**3. Сумма договора и порядок расчётов**

3.1 Общая стоимость медицинских услуг по настоящему договору в соответствии с утверждённым прейскурантом на медицинские услуги составляет 116850,00 (сто шестнадцать тысяч восемьсот пятьдесят рублей), в соответствии со сметой, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2 Оплата услуг производится путём перевода причитающейся Исполнителю суммы на его расчётный счёт из средств краевого материнского капитала на основании постановления Правительства Хабаровского края № 426-пр от 19.12.2011.

3.3 Оплата услуг производится в форме 100% предоплаты, по письменному согласованию сторон возможен иной порядок оплаты.

3.4 При расторжении договора, либо прекращении его действия, производится возврат неиспользованной суммы в течение 1 месяца на расчетный счет КГКУ ЦСПН по Хабаровскому краю.

**4. Условия и порядок оказания услуг**

4.1 Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу:
г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 171- в, стоматологическая клиника «Стомадент-ДВ».

4.2 Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые установлены администрацией Исполнителя.

4.3 Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента. Предварительная запись Пациента на приём осуществляется по тел.: **74-17-61**

4.4 Оказание услуг осуществляется только после поступления оплаты в полном объеме в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

1. **Права и обязанности сторон**

**5.1 Исполнитель:**

 5.1.1 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;

 5.1.2 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.

5.2**. Пациент:**

5.2.1 Обязан

- заполнить: согласие на обработку персональных данных пациента (или несовершеннолетнего пациента) стоматологической клиники «Стомадент-ДВ» КГБОУ ДПО ИПКСЗ, 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 услуги 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.

5.2.2. 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

**6.  Ответственность сторон:**

6.1. 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.

6.2. Пациент:

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

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

6.3. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в судебном порядке.

1. **Срок Договора. Порядок изменения и расторжения Договора.**

 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых обязательств.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнуть в порядке установленном действующим законодательством.

7.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

 7.4. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное

**8.** **Заключительные положения**

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

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

8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- Приложение № 1 – *Согласие на обработку персональных данных пациента стоматологической клиники «Стомадент-ДВ»* КГБОУ ДПО ИПКСЗ;

***-*** Приложение № 2 – *Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических медицинских услугах;*

- Приложение № 3 – *Анкета здоровья*;

- Приложение № 4 – *Наряд на оказание платных услуг;*

- Приложение № 5 – *Смета на оказание платных услуг.*

- Приложение № 6 - Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (копия лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-27-01-002621 от 19.08.2018 года).

Все дополнения и Приложения к настоящему договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью. **Адреса и реквизиты сторон:**

 **Исполнитель: Пациент:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование:И.о. ректора:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Колесникова С.М. | ФИО: Паспорт: (серия, номер, выдан) Выдан: Адрес:  ИНН: Телефон: Подпись:Дата: « » 2025 г. |
|  |  Приложение № 5 к Договору № от  об оказании платных стоматологических медицинских  услуг |

***Смета оказания платных услуг***

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

**Врач стоматолог**

**Заведующий отделением**

**Итого:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****И.о. ректора:  \_\_\_\_\_\_\_\_Колесникова С.М.** |  **Пациент:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **подпись (ф.и.о.)**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Пациент:** |