Приложение №5

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

***ФОРМА***

ДОГОВОР № Номер договора

на оказание платных медицинских стоматологических услуг

(ортопедическое лечение)

г. Сургут Дата договора г.

**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., проживающий по адресу Адрес фактического места жительства, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские стоматологические услуги, в том числе диагностические (в дальнейшем — услуги), наименование и объем которых указан в заказ-наряде (Приложение №1), являющимся неотъемлемой частью договора, 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 (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 Заказчика получить услуги.
  3. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, клинических рекомендаций, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
  4. Заказчику в доступной форме предоставлена информация о том, что медицинские услуги (ортопедические услуги) не предоставляются 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 (ортопедическое лечение) составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_при условии выполнения Заказчикам всех рекомендаций врача.

1. **Качество услуг и гарантийный срок**
   1. Качество услуг и результат работы должны соответствовать условиям договора и обязательным требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, установленными федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации ( в случае установления таких требований).
   2. Исполнитель устанавливает гарантийный срок на оказанные услуги, он отражается в акте об оказании услуг и «Медицинской карте стоматологического больного».
   3. Заказчик вправе предъявить требования, связанные с недостатками оказанной услуги, если они обнаружены в течение гарантийного срока.
   4. Исполнитель не несет гарантийных обязательств, деньги за проведенное лечение не возвращаются:
      1. при нарушении Заказчиком режима эксплуатации зубных протезов, гигиенического ухода за полостью рта, в случае самовольного вмешательства в конструкцию зубных протезов. Указанные нарушения фиксируются Исполнителем в «Медицинской карте стоматологического больного» и подписываются Заказчиком, при отказе подписывать факт выявленных нарушений, Исполнителем составляется акт в произвольной форме;
      2. при возникновении в период гарантийного срока следующих обстоятельств (беременность, кормление грудью, прогрессирование хронических стоматологических и общесоматических заболеваний, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в том числе длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в опорных зубах или окружающих тканях.
      3. при невыполнении Заказчиком рекомендаций Исполнителя о проведении ортодонтического, хирургического, пародонтологического, терапевтического лечения. Рекомендации вносятся Исполнителем в «Медицинскую карту стоматологического больного» формы 043/у.
   5. Исполнитель отвечает за недостатки оказанной услуги, если не докажет, что они возникли вследствие нарушения Заказчиком рекомендаций лечащего врача, действий третьих лиц или непреодолимой силы.
2. **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 Сумма цифрами и прописью, в соответствии с заказ-нарядом Номера и даты заказ-нарядов к договору.
   3. Цена на расходные материалы установлена Исполнителем, за исключением титанового абатмента (если он отсутствует у Исполнителя). В этом случае Заказчик самостоятельно приобретает и оплачивает титановый абатмент в сторонней организации.
   4. Оплата услуг Исполнителя осуществляется по выбору Заказчика:

* платежной банковской картой через банковский терминал, установленный по адресам: г. Сургут, ул.Григория Кукуевицкого д. 8; ул.Пушкина, 5/1 с предоставлением Заказчику чека, 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. Оплата стоимости титанового абатмента (в случае отсутствия абатмента у Исполнителя), приобретаемого Заказчиком самостоятельно, производится платежным поручением в отделении любого банка на выбор Заказчика.
  2. Заказчик обязан произвести предварительную оплату в размере не менее 50% стоимости услуг указанных в заказ-наряде до начала оказания услуг. Окончательную (полную) оплату услуг произвести не позднее последнего посещения и окончания оказания услуг.
  3. После завершения лечения Исполнитель и Заказчик оформляют и подписывают акт об оказании услуг.

1. **Срок оказания услуг**

4.1. Предварительный срок оказания услуг с учетом диагноза заболевания:

* Начало срока лечения Дата начала лечения.
* Окончание срока Дата окончания лечения.

1. **Обязанности Исполнителя**

Исполнитель обязан:

* 1. Оказать услуги по ценам прейскуранта, действующим на день заключения договора.
  2. Приступить к оказанию услуг после оплаты Заказчиком не менее 50% стоимости услуг, указанной в заказ-наряде.
  3. Соблюдать порядок оказания медицинской помощи, утвержденный Министерством здравоохранения РФ.
  4. Обеспечить безопасность услуг в процессе их оказания.
  5. По требованию Заказчика предоставить в доступной форме информацию об оказываемых услугах, содержащую сведения:
* порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при наличии), применяемые при оказании услуг;
* информацию о конкретном медицинском работнике (лечащем враче), предоставляющем медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* возможных методах оказания услуг и связанных с ними рисками; о возможных последствиях медицинского вмешательства; о возможных дополнительных диагностических и лечебных манипуляциях; о возможных осложнениях после оказания услуг;
* о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе; об исходе лечения; об ожидаемых результатах лечения;
* об используемых при предоставлении услуг 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 Заказчиком сроков явки на приемы.
  2. Отказаться от оказания услуг, если с медицинской точки зрения оказание Заказчику заказанных медицинских услуг не показано.
  3. Зафиксировать факты нарушений обязательств, взятых Заказчиком, влияющих на исход лечения (несоблюдение Пациентом гигиены полости рта; неявка в назначенный прием к врачу; непрохождение профилактических осмотров, назначенных лечащим врачом; наличие вредных привычек, неправильное использование зубных протезов при приеме пищи).
  4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема его обязанности по лечению Заказчика исполняет другой врач Исполнителя.
  5. В случае требования Заказчика о замене лечащего врача содействовать выбору Заказчиком 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 представления.
  8. По требованию Заказчика составить смету на предоставление услуг. Смета в этом случае будет являться неотъемлемой частью договора.
  9. Разъяснить Заказчику:
* о наличии адаптационного периода при пользовании съемными протезами — от 7—10 дней до 2—3 месяцев (некоторый дискомфорт в области зубов и мягких тканей, незначительная болезненность в области зубов, степень неудобства индивидуальная — от легкого зуда до умеренных болевых ощущений, особенно при накусывании, незначительные травмы слизистой оболочки рта в области прилегания зубного протеза к слизистой оболочке полости рта);
* о том, что вышеуказанные явления могут периодически возникать на протяжении всего периода использования съемных зубных протезов;
* о том, что во избежание повреждения зубных протезов, нарушения его устойчивости необходимо отказаться от приема очень жесткой пищи, например сухарей, орехов, косточек и т. д.
  1. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Не предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Заказчика.
  2. 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 Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний.

5.17.После исполнения договора по заявлению Заказчика выдать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Заказчика после получения 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 Заказчика самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказаний медицинской помощи, в том числе не предусмотренных договором либо привлечь специальную бригаду экстренной помощи.
  2. На изменение плана лечения, в случае изменения диагноза, с письменного согласия Заказчика.
  3. Отказаться от исполнения настоящего договора при невыполнении Заказчиком назначений лечащего врача и медицинского персонала.

1. **Обязанности Заказчика**

Заказчик обязан:

* 1. Произвести предварительную оплату в размере не менее 50% стоимости услуги, указанной в заказ-наряде, до первого посещения. Окончательную (полную) оплату услуг произвести не позднее последнего посещения и окончания оказания услуг.
  2. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение лечащему врачу необходимых для этого сведений: о состоянии своего здоровья, о перенесенных 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.
  3. Предоставить по требованию Исполнителя заключение врача-терапевта общего профиля с полным обследованием узких специалистов (аллерголог, эндокринолог).
  4. Перед оказанием услуг ознакомиться с предложенным планом лечения . Оказание услуг начинается только после подписания Заказчиком плана лечения. В процессе лечения возможны изменения в плане лечения, которые согласовываются с Заказчиком.
  5. Получить консультацию других специалистов Исполнителя (при необходимости).
  6. Провести санацию полости рта в соответствии с планом подготовки к ортопедическому лечению.
  7. Регулярно являться на прием к врачу-стоматологу-ортопеду в назначенное время. В случаях невозможности явки в назначенный срок заранее (до планового приема) согласовать время переноса визита.
  8. Немедленная явка обязательна в случаях возникновения:
* чрезмерных болевых ощущений в области опорных зубов, мышц челюстно-лицевой области;
* травм слизистой оболочки полости рта и ее воспаление в процессе пользования съемными протезами;
* повышенной чувствительности;
* аллергических реакций, гальванизма и гальваноза (неблагоприятные явления в полости рта, связанные с наличием в нем разнородных металлов);
* подвижности имплантата и его отторжения;
* явления периимплантита, расфиксации протеза в течение гарантийного срока;
* поломки протеза.
* 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 стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставлять следующие документы: выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.
  3. Вопросы, возникающие до, во время или после лечения, должны обсуждаться в первую очередь с лечащим врачом-стоматологом-ортопедом.
  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 Заказчика**

Заказчик имеет право:

* 1. Требовать предоставления 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 Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья
  8. На получение информации о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, 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. На бесплатный осмотр, определение гигиенических индексов, починку, коррекцию, реставрацию зубных протезов в течение гарантийного срока.
  11. Отказаться от получения услуг на любом этапе исполнения Договора. В этом случае договор расторгается по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
  12. Назначить новый срок оказания услуг при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания медицинских услуг, путем заключения дополнительного соглашения к договору.
  13. Требовать составление Исполнителем сметы на оказываемые услуги.

**9.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 Заказчика 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 Заказчиком неполной информации о своем здоровье, в соответствии с п. 7.2., а также в случаях, предусмотренных п.7.7 и п. 7.12. настоящего договора. Исполнитель не несет ответственности за возможные осложнения, развивающиеся по вине Заказчика.
  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 Заказчика продолжать его или по любой другой причине, связанной с Заказчиком, за любое возникающее осложнение Исполнитель ответственности не несет.

**10.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.

**11.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 вправе с оформлением требования расторгнуть договор на любом этапе при условии оплаты исполнителю фактически оказанных услуг и понесенных им расходов согласно расчету Исполнителя.

1. **Порядок рассмотрения претензий и споров**
   1. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон.
   2. При невозможности достижения соглашения споры разрешаются в судебном порядке.
2. **Прочие условия**
   1. Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика.
   2. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

13.3.Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

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

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

подпись Заказчика расшифровка подписи

1. **Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника № 1»  628413, ХМАО-Югра, г.Сургут,  ул. Григория Кукуевицкого, д. 8  ИНН /КПП 8602001609 / 860201001  ОГРН 1028600599015  Выдан: Инспекцией Министерства России по налогам и сборам по г. Сургуту Ханты-Мансийского автономного округа –Югры  Бланк: серия 86 № 000550192  Дата: 28 ноября 2002 года  Казначейский счет (расчетный счет) 03224643718000008700  БИК 007162163  РКЦ ХАНТЫ-МАНСИЙСК//УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре г.Ханты-Мансийск  Единый казначейский счет (корреспондентский счет) 40102810245370000007  Лицевой 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 жительства | |   Данные 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