ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

П Р И К А З № 112 - ОД

г. Пятигорск **«09» 01 2024 г.**

О порядке организации платных медицинских услуг в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска

В целях организации оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска. детализации ответственности персонала учреждения, а также, во исполнение Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму договора на оказание платных медицинских стоматологических услуг (Приложение № 1); форму договора на оказание платных медицинских стоматологических услуг (с законным представителем потребителя) (Приложение № 2); форму договора на оказание платных медицинских стоматологических услуг (трехсторонний) (Приложение № 3).
2. Утвердить форму перечня оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1 к договору на оказание платных медицинских стоматологических услуг) (Приложение № 4).
3. Утвердить форму акта оказанных услуг (выполненных работ) к договору на оказание платных медицинских стоматологических услуг (приложение № 5).
4. Утвердить форму гарантийного талона на стоматологические услуги (работы) к договору на оказание платных медицинских стоматологических услуг (приложение № 6).
5. Оказание платной медицинской помощи в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска производить в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».
6. Установить следующий срок ожидания начала оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска: не более 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.
7. Назначить непосредственно ответственных за организацию оказания платных медицинских услуг в структурных подразделениях учреждения, заведующих лечебно-профилактических отделений ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.
8. Назначить непосредственно ответственных за обеспечение достоверной и актуальной информации, регламентированной к размещению на официальном сайте ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска http://www.stomatology-kmv26.ru, начальника отдела программного обеспечения и информатизации Мандрыкина В.Н. и начальника отдела кадров Олейник И.С.
9. Назначить непосредственно ответственных за обеспечение достоверной и актуальной информации, регламентированной к размещению на информационных стендах («Уголок потребителя») в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, включая все структурные

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

подразделения учреждения, главную медицинскую сестру Старичихину Е.П. и начальника отдела кадров Олейник И.С.

10. Заведующему лечебно-профилактического отделения № 1 Меликсетян Л.М., заведующему лечебно-профилактического отделения № 2 Музенитовой А.О., заведующему лечебно-профилактического отделения № 3 Арутюнянцу В.Л., заведующему лечебно-профилактического детского отделения № 1 (с ортодонтической забопротезной лабораторией) Лимбах Л.В., заведующему лечебно-профилактического детского отделения № 2 (с ортодонтической забопротезной лабораторией) Серковой Е.А., заведующему отделения ортопедической стоматологии (с зуботехнической лабораторией) Гуськовой Т.Н., главной медицинской сестре Старичихиной Е.П. обеспечить еженедельный контроль наличия на информационных стендах регламентированной п. 5 настоящего приказа, а также ознакомить с данным приказом врачей-стоматологов, зубных врачей и медицинских регистраторов.

11. Начальнику отдела программного обеспечения и информатизации Мандрыкину В.Н. обеспечить еженедельный контроль наличия информации на официальном сайте учреждения.

12. Предоставить право подписи врачебному персоналу, зубным врачам ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска (далее – специалисты, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги) в договорах платных медицинских стоматологических услуг, приложениях к договорам, актах оказанных услуг (выполненных работ), гарантийных талонах на стоматологические услуги (работы) и иных сопутствующих документах к подписанному договору.

Срок действия настоящего права подписи соответствует сроку действия настоящего приказа, но не более чем на 3 (три) календарных года с даты издания приказа.

К настоящим отношениям применяются нормы абзаца 2 пункта 1 статьи 182 Гражданского кодекса Российской Федерации.

13. Настоящий приказ вступает в силу с «01» сентября 2023 года.

14. Контроль над исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Чуракова М.О., врача-методиста Мусаева К. И.

Главный врач **О.А. Габриелян**

Исп. Мусаев К.И.
8 (8793) 32-37-97

В.В. Гданский
8 (8793) 39-50-99

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Приложение № 1
к приказу № 112
от «09» 01 2024г.

Потребитель и (или) заказчик уведомляется ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

До заключения договора ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья потребителя.

Потребитель: _____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись) (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги (*подчеркнуть строчку при наличии данных обстоятельств*)

ДОГОВОР №_____

на оказание платных медицинских стоматологических услуг

г. Пятигорск **« ____» _____20___г.**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (сокращенное наименование - ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска) (ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172), именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», в лице главного врача Габриеляна Олега Альбертовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса и телефон) (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги)

_____

_____

_____

именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1.В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:
«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);
«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
«исполнитель» - медицинская организация ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.
1.2.Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании Лицензии № ЛО41-01197-26/00334014 от «26» августа 2019 года, выданной на основании приказа министерства здравоохранения Ставропольского края № 09-03/328 от 26.08.2019 г., расположенного по адресу: 355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8 (8652) 26-70-15, срок действия бессрочно, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Перечень предоставляемых работ (услуг) в структурных подразделениях учреждения, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуг):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии профилактической: стоматологии ортопедической; физиотерапии;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; стоматологии детской; физиотерапии;

- при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуг): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3.При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1.По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, согласно перечню платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1) (далее - Услуги), качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель и (или) Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2.Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

– в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

– в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

– на основе клинических рекомендаций;

– с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3.Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

2.4.Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.5.Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6.Перечень платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1), предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7.Настоящий договор, подписанный Сторонами, является разрешением на получение стоматологических услуг на платной основе (дополнительные стоматологические услуги (работы) на платной основе, не входящие в программу и территориальную программу обязательного медицинского страхования).

2.8.Потребитель и (или) Заказчик ознакомлен с: выпиской из реестра лицензий; перечнем медицинских услуг, входящих в программу и территориальную программу; планом обследования и лечения; объёмом услуг (работ), отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) и тарифами на платные медицинские услуги, предоставляемые государственным автономным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (далее – тарифы).

Потребитель осведомлен о том, что оказываемые ему, в соответствии с настоящим договором, услуги могут оказываться в полном объёме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, а также на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, и желает получить стоматологические услуги на платной основе по собственному желанию.

2.9.В случае, если при предоставлении платных медицинских стоматологических услуг (работ) потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

2.10. Оказание платных медицинских стоматологических услуг (работ), указанных в пункте 2.1. настоящего договора, возлагается на медицинского работника ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска (далее - специалист, оказывающие платные

стоматологические медицинские услуги)

_____

_____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

имеющего соответствующий уровень профессионального образования и действующую аккредитацию (сертификат), с информацией о которых Потребитель и (или) Заказчик могут ознакомиться на официальном сайте Исполнителя или на информационных стендах («Уголок потребителя») в структурных подразделениях Исполнителя.

2.11. Специалист, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, вместе с Исполнителем несет ответственность за качество предоставляемых Услуг перед Потребителем.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1.Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские стоматологические услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. После того как поставлен диагноз, в доступной форме ознакомить Потребителя о плане предстоящего лечения; лечебных методиках, рекомендуемых врачом и альтернативных; видах применяемых медикаментов, препаратов и материалов; видах анестезии и применяемых анестетиков; последствиях отказа от медицинского вмешательства и возможных осложнениях, возникающих в процессе и по окончании лечения.

3.1.3. Для подтверждения воли Потребителя на медицинское вмешательство и ознакомления его с информацией до начала оказания Услуг, изложенной в пункте. 3.1.2. настоящего договора, предоставить для подписи лист Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.

3.1.4. Обеспечить полное выполнение мероприятий, отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), которые фиксируются в медицинской карте Потребителя и согласовываются с Потребителем.

3.1.5. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг (работ) соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя и (или) Заказчика.

3.1.8. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.9. Предоставить в доступной форме информацию 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2.Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

– графика прохождения лечения;
– режима при приеме лекарственных препаратов;
– назначений, рекомендаций специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги;
– режима работы учреждения;
– правил поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.

3.2.3. В случае опоздания Потребителя для прохождения курса лечения перенести лечение на удобное для врача время, путем согласования нового времени лечения.

3.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги и нарушении режима работы учреждения.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, требования медицинских инструкций, рекомендации специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги, соблюдать гигиену полости рта с целью сохранения потребительских свойств установленных пломб и зубных протезов.
3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и прочего.
3.3.6. В случае возникновения, в течение гарантийного срока, любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.
3.3.7. Соблюдать правила поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.
3.4.Потребитель имеет право:
3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Предварительная стоимость Услуг оговаривается до начала лечения, в соответствии с планом лечения и перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ).
4.2. Стоимость платных стоматологических медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующими в медицинской организации тарифами на платные медицинские услуги и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.
4.3. Стоимость услуг, выполняемых Исполнителем, и сумма договора определяются в соответствии с объёмом работ и тарифами, утвержденными Исполнителем, и указывается в перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1).
4.4. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем до начала их оказания, авансовым платежом в размере 100 % стоимости услуг, по выбору Потребителя: путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту, на основании подписанного Сторонами перечня оказываемых платных медицинских услуг (работ).
4.5. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.
Без оформления нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.
4.7. В случае заключения отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется тарифами на платные медицинские услуги, действующие на момент заключения договора.
4.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
4.9. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказываемые медицинские услуги (работы) и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
– копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
– справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
– рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

5. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ)

5.1. Срок оказания медицинских услуг (работ) по настоящему договору определяется согласованным с Потребителем планом лечения и медицинскими показаниями по лечению стоматологических заболеваний, и указывается в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложении № 1).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объёме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с пунктом 3.3.2. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктах 3.3.4. - 3.3.6. настоящего договора.
6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если неисполнение либо ненадлежащее исполнение произошло по независящим от Исполнителя причинам, вследствие возникновения непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, ведение боевых действий, массовые беспорядки, забастовки, отключение электроэнергии, горячей воды, системы отопления и т.д.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.
6.5. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем в размере реального причиненного ущерба.
6.6. Исполнитель по окончанию оказания медицинских услуг и их полной оплаты, на основании акта оказанных услуг (выполненных работ), выдает гарантийный талон, дающий право на бесплатное устранение дефектов, возникших в течение гарантийного срока.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
7.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8. УСЛОВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
8.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут по решению суда только при существенном нарушении договора другой стороной.
8.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
8.4.Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
9.2. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:
– 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
– о перечне платных медицинских услуг (работ), соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.1. настоящего договора, с указанием цен в рублях;
– о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
– о сроках ожидания оказания платной медицинской стоматологической помощи в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;
– о правилах поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;
– иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
9.3. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
– порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи;
– информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
– другие сведения, относящиеся к предмету договора.
9.4. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья Потребителя.
9.5. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9.6. Исполнитель доводит до Потребителя и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращения (жалоб) в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, а именно:
9.6.1. Направление заказных писем на юридический адрес Исполнителя: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
9.6.2. Регистрация обращений (жалоб) в приемной главного врача, при личном обращении Потребителя и (или) Заказчика, по адресу: Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
9.6.3. Направление обращений (жалоб) через форму отправки сообщений, на официальном сайте Исполнителя www.stomatology-kmv26.ru, после авторизации в учётной записи ЕСИА.
9.7. При предъявлении Потребителем 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 РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
9.8. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
9.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
9.10. Потребитель дает свободно, своей волей и в своём интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.
9.11. Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, не указанные в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.
9.12. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.
9.13. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

«Исполнитель»

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника города Пятигорска
Юридический адрес: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр-кт 40 лет Октября, д. 19
ОГРН 1022601621570
ИНН/КПП 2632023172/263201001
р/сч 40603810560104000011
Ставропольское отделение № 5230 ПАО Сбербанк г. Ставрополь
Кор. счет 30101810907020000615
БИК 040702615
Официальный сайт: http://www.stomatology-kmv26.ru
E-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru
Тел.: 8 (8793) 39-50-80
Факс: 8 (8793) 32-38-94

«Потребитель»

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)
_____
_____
_____

Паспорт гражданина:
серия: _____ номер: _____
выдан: _____
(кем выдан, дата выдачи, код подразделения)
_____
_____
_____
_____

Адрес регистрации (места жительства):
_____
_____
_____
_____
_____

Телефон: _____
(при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Главный врач

_____ О.А. Габриелян

М.П.

Потребитель

_____/_____/

(подпись) (ФИО)

Приложение № 2
к приказу №_____
от «___» _____202 г.

Потребитель и (или) заказчик уведомляется ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

До заключения договора ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья потребителя.

Заказчик: _____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

ДОГОВОР №_____

на оказание платных медицинских стоматологических услуг
(с законным представителем потребителя)

г. Пятигорск **«____» _____20___г.**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (сокращенное наименование - ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска) (ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172), именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», в лице главного врача Габриеляна Олега Альбертовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени и в интересах Потребителя):

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса и телефон)

_____

_____,

именуемого(ой) в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса)

_____

_____,

именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», на основании документа, подтверждающего статус и полномочия Заказчика, как

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

законного представителя Потребителя _____

_____

(наименование документа, номер документа, кем выдан, дата выдачи)

_____

_____,

с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1.В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:
«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);
«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
«исполнитель» - медицинская организация ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.
1.2.Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании Лицензии № ЛО41-01197-26/00334014 от «26» августа 2019 года, выданной на основании приказа министерства здравоохранения Ставропольского края № 09-03/328 от 26.08.2019 г., расположенного по адресу: 355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8 (8652) 26-70-15, срок действия бессрочно, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.
Перечень предоставляемых работ (услуг) в структурных подразделениях учреждения, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуг):
- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии профилактической; стоматологии ортопедической; физиотерапии;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; стоматологии детской; физиотерапии;
- при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуг): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.
1.3.При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).
Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1.По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, согласно перечню платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1) (далее - Услуги), качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель и (или) Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.
2.2.Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:
– в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
– в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
– на основе клинических рекомендаций;
– с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).
2.3.Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (законного представителя Потребителя).

2.4.Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.5.Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6.Перечень платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1), предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7.Настоящий договор, подписанный Сторонами, является разрешением на получение стоматологических услуг на платной основе (дополнительные стоматологические услуги (работы) на платной основе, не входящие в программу и территориальную программу обязательного медицинского страхования).

2.8.Потребитель и (или) Заказчик ознакомлен с: выпиской из реестра лицензий; перечнем медицинских услуг, входящих в программу и территориальную программу; планом обследования и лечения; объёмом услуг (работ), отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) и тарифами на платные медицинские услуги, предоставляемые государственным автономным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (далее – тарифы).

Потребитель (законный представитель Потребителя) осведомлен о том, что оказываемые ему, в соответствии с настоящим договором, услуги могут оказываться в полном объёме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, а также на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, и желает получить стоматологические услуги на платной основе по собственному желанию.

2.9.В случае, если при предоставлении платных медицинских стоматологических услуг (работ) потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

2.10. Оказание платных медицинских стоматологических услуг (работ), указанных в пункте 2.1. настоящего договора, возлагается на медицинского работника ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска (далее - специалист, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги)

_____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

имеющего соответствующий уровень профессионального образования и действующую аккредитацию (сертификат), с информацией о которых Потребитель и (или) Заказчик могут ознакомиться на официальном сайте Исполнителя или на информационных стендах («Уголок потребителя») в структурных подразделениях Исполнителя.

2.11. Специалист, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, вместе с Исполнителем несет ответственность за качество предоставляемых Услуг перед Потребителем.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1.Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские стоматологические услуги в полном объёме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. После того как поставлен диагноз, в доступной форме ознакомить Потребителя (законного представителя Потребителя) о плане предстоящего лечения; лечебных методиках, рекомендуемых врачом и альтернативных; видах применяемых медикаментов, препаратов и материалов; видах анестезии и применяемых анестетиков; последствиях отказа от медицинского вмешательства и возможных осложнениях, возникающих в процессе и по окончании лечения.

3.1.3. Для подтверждения воли Потребителя (законного представителя Потребителя) на медицинское вмешательство и ознакомления его с информацией до начала оказания Услуг, изложенной в пункте. 3.1.2. настоящего договора, предоставить для подписи лист Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.

3.1.4. Обеспечить полное выполнение мероприятий, отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), которые фиксируются в медицинской карте Потребителя и согласовываются с Потребителем (законным представителем Потребителя).

3.1.5. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг (работ) соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
3.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя и (или) Заказчика.
3.1.8. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
3.1.9. Предоставить в доступной форме информацию 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
3.2.Исполнитель вправе:
3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.
3.2.2. Требовать от Потребителя (законного представителя Потребителя) соблюдения:
– графика прохождения лечения;
– режима при приеме лекарственных препаратов;
– назначений, рекомендаций специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги;
– режима работы учреждения;
– правил поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.
3.2.3. В случае опоздания Потребителя для прохождения курса лечения перенести лечение на удобное для врача время, путем согласования нового времени лечения.
3.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (законным представителем Потребителя) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги и нарушении режима работы учреждения.
3.3. Потребитель (законный представителя Потребителя) обязан:
3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, требования медицинских инструкций, рекомендации специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги, соблюдать гигиену полости рта с целью сохранения потребительских свойств установленных пломб и зубных протезов.
3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и прочего.
3.3.6. В случае возникновения, в течение гарантийного срока, любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.
3.3.7. Соблюдать правила поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.
3.4. Потребитель (законный представителя Потребителя) имеет право:
3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Предварительная стоимость Услуг оговаривается до начала лечения, в соответствии с планом лечения и перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ).
4.2. Стоимость платных стоматологических медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующими в медицинской организации тарифами на платные медицинские услуги и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.
4.3. Стоимость услуг, выполняемых Исполнителем, и сумма договора определяются в соответствии с объёмом работ и тарифами, утвержденными Исполнителем, и указывается в перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1).
4.4. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем и (или) Заказчиком до начала их оказания, авансовым платежом в размере 100 % стоимости услуг, по выбору Потребителя: путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту, на основании подписанного Сторонами перечня оказываемых платных медицинских услуг (работ).

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

4.5. Потребителю и (или) Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (законного представителя Потребителя).
Без оформления нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.
4.7. В случае заключения отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется тарифами на платные медицинские услуги, действующие на момент заключения договора.
4.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
4.9. В целях защиты прав потребителя, Исполнитель, по обращению Потребителя и (или) Заказчика выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказываемые медицинские услуги (работы) и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
– копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
– справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
– рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

5. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ)

5.1. Срок оказания медицинских услуг (работ) по настоящему договору определяется согласованным с Потребителем планом лечения и медицинскими показаниями по лечению стоматологических заболеваний, и указывается в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложении № 1).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объёме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (законным представителем Потребителя) неполной информации здоровье Потребителя, в соответствии с пунктом 3.3.2. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктах 3.3.4. - 3.3.6. настоящего договора.
6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если неисполнение либо ненадлежащее исполнение произошло по независящим от Исполнителя причинам, вследствие возникновения непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, ведение боевых действий, массовые беспорядки, забастовки, отключение электроэнергии, горячей воды, системы отопления и т.д.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.
6.5. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (законным представителем Потребителя) в размере реального причиненного ущерба.
6.6. Исполнитель по окончанию оказания медицинских услуг и их полной оплаты, на основании акта оказанных услуг (выполненных работ), выдает гарантийный талон, дающий право на бесплатное устранение дефектов, возникших в течение гарантийного срока.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
7.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8. УСЛОВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
8.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут по решению суда только при существенном нарушении договора другой стороной.
8.3. В случае отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

8.4.Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
9.2. При заключении настоящего договора Потребителю (законному представителю Потребителя) предоставлена следующая информация:
– 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
– о перечне платных медицинских услуг (работ), соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.1. настоящего договора, с указанием цен в рублях;
– о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
– о сроках ожидания оказания платной медицинской стоматологической помощи в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;
– о правилах поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;
– иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
9.3. Потребитель (законный представителя Потребителя) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
– порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
– информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
– другие сведения, относящиеся к предмету договора.
9.4. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (законного представителя Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья Потребителя.
9.5. Потребитель (законный представителя Потребителя) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
9.6. Исполнитель доводит до Потребителя (законного представителя Потребителя) информацию о форме и способах направления обращения (жалоб) в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, а именно:
9.6.1. Направление заказных писем на юридический адрес Исполнителя: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
9.6.2. Регистрация обращений (жалоб) в приемной главного врача, при личном обращении Потребителя и (или) Заказчика, по адресу: Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
9.6.3. Направление обращений (жалоб) через форму отправки сообщений, на официальном сайте Исполнителя www.stomatology-kmv26.ru, после авторизации в учётной записи ЕСИА.
9.7. При предъявлении Потребителем (законным представителем Потребителя) 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 РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
9.8. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
9.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
9.10.Заказчик даёт свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных (своих и Потребителя), необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов Потребителя.
9.11.Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, не указанные в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.
9.12.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика.
9.13.Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

«Исполнитель»

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника города Пятигорска
Юридический адрес: 357500, Ставропольский край,
г. Пятигорск, пр-кт 40 лет Октября, д. 19
ОГРН 1022601621570
ИНН/КПП 2632023172/263201001
р/сч 40603810560104000011
Ставропольское отделение № 5230 ПАО Сбербанк
г. Ставрополь
Кор. счет 30101810907020000615
БИК 040702615
Официальный сайт: http://www.stomatology-kmv26.ru/
E-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru
Тел.: 8 (8793) 39-50-80
Факс: 8 (8793) 32-38-94

Главный врач

_____ О.А. Габриелян

М.П.

«Заказчик»

Законный представитель потребителя (лицо, заключающее договор от имени и в интересах потребителя):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____

_____

_____

Паспорт гражданина (данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя):

серия: _____ номер: _____

выдан: _____

(кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

_____

_____

_____

_____

Адрес регистрации (места жительства):

_____

_____

_____

_____

_____

Телефон: _____

Заказчик

_____/_____/

(подпись) (ФИО)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Приложение № 3
к приказу № 112
от «09» 01 2024 г.

Потребитель и (или) заказчик уведомляется ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

До заключения договора ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья потребителя.

Потребитель: _____

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Заказчик: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

_____

(для юридические лиц и индивидуальных предпринимателей: наименование, ИНН, ОГРН(ИП), ФИО, юридический адрес, подпись)

ДОГОВОР №_____

на оказание платных медицинских стоматологических услуг (трехсторонний)

г. Пятигорск **«____» _____20___г.**

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (сокращенное наименование - ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска) (ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172), именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», в лице главного врача Габриеляна Олега Альбертовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса и телефон)

_____

_____

(для юридические лиц и индивидуальных предпринимателей: наименование, ИНН, ОГРН(ИП), ФИО, юридический адрес)

_____

_____

_____,именуемый(ая)(ое) в дальнейшем «Заказчик» и

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса и телефон)

_____

_____

_____,

именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:
«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);
«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
«исполнитель» - медицинская организация ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.
1.2.Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании Лицензии № ЛО41-01197-26/00334014 от «26» августа 2019 года, выданной на основании приказа министерства здравоохранения Ставропольского края № 09-03/328 от 26.08.2019 г., расположенного по адресу: 355000, г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8 (8652) 26-70-15, срок действия бессрочно, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.
Перечень предоставляемых работ (услуг) в структурных подразделениях учреждения, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуг):
- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии профилактической; стоматологии ортопедической; физиотерапии;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; стоматологии детской; физиотерапии;
- при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуг): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.
1.3.При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).
Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1.По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, согласно перечню платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1) (далее - Услуги), качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.
2.2.Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:
– в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
– в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
– на основе клинических рекомендаций;
– с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).
2.3.Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.
2.4.Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.
2.5.Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
2.6.Перечень платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1), предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.
2.7.Настоящий договор, подписанный Сторонами, является разрешением на получение стоматологических услуг на платной основе (дополнительные стоматологические услуги (работы) на платной основе, не входящие в программу и территориальную программу обязательного медицинского страхования).

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

2.8.Потребитель и (или) Заказчик ознакомлен с: выпиской из реестра лицензий; перечнем медицинских услуг, входящих в программу и территориальную программу; планом обследования и лечения; объёмом услуг (работ), отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) и тарифами на платные медицинские услуги, предоставляемые государственным автономным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (далее – тарифы).

Потребитель осведомлен о том, что оказываемые ему, в соответствии с настоящим договором, услуги могут оказываться в полном объёме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, а также на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, и желает получить стоматологические услуги на платной основе по собственному желанию.

2.9.В случае, если при предоставлении платных медицинских стоматологических услуг (работ) потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

2.10. Оказание платных медицинских стоматологических услуг (работ), указанных в пункте 2.1. настоящего договора, возлагается на медицинского работника ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска (далее - специалист, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги)

_____

_____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

имеющего соответствующий уровень профессионального образования и действующую аккредитацию (сертификат), с информацией о которых Потребитель и (или) Заказчик могут ознакомиться на официальном сайте Исполнителя или на информационных стендах («Уголок потребителя») в структурных подразделениях Исполнителя.

2.11. Специалист, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, вместе с Исполнителем несет ответственность за качество предоставляемых Услуг перед Потребителем.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1.Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские стоматологические услуги в полном объёме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. После того как поставлен диагноз, в доступной форме ознакомить Потребителя о плане предстоящего лечения; лечебных методиках, рекомендуемых врачом и альтернативных; видах применяемых медикаментов, препаратов и материалов; видах анестезии и применяемых анестетиков; последствиях отказа от медицинского вмешательства и возможных осложнениях, возникающих в процессе и по окончании лечения.

3.1.3. Для подтверждения воли Потребителя на медицинское вмешательство и ознакомления его с информацией до начала оказания Услуг, изложенной в пункте. 3.1.2. настоящего договора, предоставить для подписи лист Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который является неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.

3.1.4. Обеспечить полное выполнение мероприятий, отраженных в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), которые фиксируются в медицинской карте Потребителя и согласовываются с Потребителем.

3.1.5. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг (работ) соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

3.1.8. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.9. Предоставить в доступной форме информацию 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2.Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:

Россия, 357500, г. Пятигорск пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

– графика прохождения лечения;
– режима при приеме лекарственных препаратов;
– назначений, рекомендаций специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги;
– режима работы учреждения;
– правил поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.

3.2.3. В случае опоздания Потребителя для прохождения курса лечения перенести лечение на удобное для врача время, путем согласования нового времени лечения.

3.2.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги и нарушении режима работы учреждения.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.4.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, требования медицинских инструкций, рекомендации специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги, соблюдать гигиену полости рта с целью сохранения потребительских свойств установленных пломб и зубных протезов.

3.4.4. Согласовывать со специалистами, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и прочего.

3.4.5. В случае возникновения, в течение гарантийного срока, любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

3.4.6. Соблюдать правила поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.

3.5. Потребитель имеет право:

3.5.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.5.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.5.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Предварительная стоимость Услуг оговаривается до начала лечения, в соответствии с планом лечения и перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ).

4.2. Стоимость платных стоматологических медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующими в медицинской организации тарифами на платные медицинские услуги и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.

4.3. Стоимость услуг, выполняемых Исполнителем, и сумма договора определяются в соответствии с объёмом работ и тарифами, утвержденными Исполнителем, и указывается в перечнем оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложение № 1).

4.4. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Заказчиком до начала их оказания, авансовым платежом в размере 100 % стоимости услуг, по выбору Заказчика: путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту, на основании подписанного Сторонами перечня оказываемых платных медицинских услуг (работ).

4.5. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика.

Без оформления нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.7. В случае заключения отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется тарифами на платные медицинские услуги, действующие на момент заключения договора.

4.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

4.9. В целях защиты прав потребителя, Исполнитель, по обращению Потребителя и (или) Заказчика выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказываемые медицинские услуги (работы) и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
– копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
– справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
– рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

5. СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ (ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ)

5.1. Срок оказания медицинских услуг (работ) по настоящему договору определяется согласованным с Потребителем планом лечения и медицинскими показаниями по лечению стоматологических заболеваний, и указывается в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ) (Приложении № 1).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации здоровье Потребителя, в соответствии с пунктом 3.4.1. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пунктах 3.4.3. - 3.4.5. настоящего договора.
6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если неисполнение либо ненадлежащее исполнение произошло по независящим от Исполнителя причинам, вследствие возникновения непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, ведение боевых действий, массовые беспорядки, забастовки, отключение электроэнергии, горячей воды, системы отопления и т.д.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.
6.5. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем и (или) Заказчиком в размере реального причиненного ущерба.
6.6. Исполнитель по окончанию оказания медицинских услуг и их полной оплаты, на основании акта оказанных услуг (выполненных работ), выдает гарантийный талон, дающий право на бесплатное устранение дефектов, возникших в течение гарантийного срока.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
7.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8. УСЛОВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
8.2. По требованию одной из сторон договор может быть изменен или расторгнут по решению суда только при существенном нарушении договора другой стороной.
8.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
8.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
9.2. При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена следующая информация:
– 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 бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
– о перечне платных медицинских услуг (работ), соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.1. настоящего договора, с указанием цен в рублях;
– о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
– о сроках ожидания оказания платной медицинской стоматологической помощи в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;
– о правилах поведения пациентов в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска;

Россия, 357500, г. Пятигорск
пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

– иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

9.3. Потребитель и (или) Заказчик подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

– порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

– информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

– другие сведения, относящиеся к предмету договора.

9.4. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя и (или) Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья Потребителя.

9.5. Потребитель и (или) Заказчик уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9.6. Исполнитель доводит до Потребителя и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращения (жалоб) в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, а именно:

9.6.1. Направление заказных писем на юридический адрес Исполнителя: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.

9.6.2. Регистрация обращений (жалоб) в приемной главного врача, при личном обращении Потребителя и (или) Заказчика, по адресу: Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.

9.6.3. Направление обращений (жалоб) через форму отправки сообщений, на официальном сайте Исполнителя www.stomatology-kmv26.ru, после авторизации в учётной записи ЕСИА.

9.7. При предъявлении Потребителем и (или) 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 РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

9.8. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

9.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

9.10. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

9.11. Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, не указанные в перечне оказываемых платных медицинских услуг (работ), предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.

9.12. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

9.13. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА» ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

«Исполнитель»	«Заказчик»	«Потребитель»
ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска Юридический адрес: 357500, Ставропольский край, г. Пятигорск, пр-кт 40 лет Октября, д. 19 ОГРН 1022601621570 ИНН/КПП 2632023172/263201001 р/сч 40603810560104000011 Ставропольское отделение № 5230 ПАО Сбербанк г. Ставрополь Кор. счет 30101810907020000615 БИК 040702615 Официальный сайт: http://www.stomatology-kmv26.ru/ E-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru Тел.: 8 (8793) 39-50-80 Факс: 8 (8793) 32-38-94	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ _____ _____ Паспорт гражданина: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (кем выдан, дата выдачи, код подразделения) _____ _____ _____ Адрес регистрации (места жительства): _____ _____ _____ _____ Телефон: _____	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ _____ _____ Паспорт гражданина: серия: _____ номер: _____ выдан: _____ (кем выдан, дата выдачи, код подразделения) _____ _____ _____ Адрес регистрации (места жительства): _____ _____ _____ _____ Телефон: _____
Главный врач _____ О.А. Габриелян М.П.	Заказчик _____/_____ (подпись) (ФИО)	Потребитель _____/_____ (подпись) (ФИО)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Приложение № 4
к приказу № 118
от «09**»** 01 **2024 г.**

ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ СМЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (РАБОТ)
к договору №_____ от «____» _____20___г.

Исполнитель: **Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172)**
Адрес: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19
Телефон регистратуры ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска: 8 (8793) 33-39-87

Потребитель (Заказчик): _____

№ п/п	Наименование услуг (работ)	Код услуг	Количество	Срок оказания услуг	Стоимость услуг, руб.

ИТОГО: _____ **рублей** _____ **копеек**

Потребитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Заказчик: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

_____
(для юридические лиц и индивидуальных предпринимателей: наименование, ИНН, ОГРН(ИП), ФИО, подпись)

Исполнитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Приложение № 5
к приказу № 118
от «09**»** 01 **2024 г.**

АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ)
от «____» _____20___г.
к договору №_____ от «____» _____20___г.
на оказание платных медицинских стоматологических услуг

Исполнитель: **Государственное автономное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Городская стоматологическая поликлиника» города Пятигорска (ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172)**
Адрес: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
Телефон регистратуры ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска: 8 (8793) 33-39-87

Потребитель (Заказчик): _____

№ п/п	Наименование услуг (работ)	Код услуг	Количество	Срок оказания услуг	Стоимость услуг, руб.

ИТОГО: _____ **рублей** _____ **копеек**

Исполнитель оказал услуги (выполнил работу) в срок и в полном объеме.
Потребитель (Заказчик) претензий к Исполнителю по настоящему акту не имеет.
Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющую одинаковую силу, по одной для каждой из Сторон.

Потребитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

Заказчик: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись)

_____
(для юридические лиц и индивидуальных предпринимателей: наименование, ИНН, ОГРН(ИП), ФИО, подпись)

Исполнитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), подпись

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Приложение № 6
к приказу № 118
от «09**»** 01 **2024 г.**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА
(ОГРН 1022601621570, ИНН 2632023172)
Адрес: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект 40 лет Октября, дом 19.
Телефон регистратуры ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска: 8 (8793) 33-39-87

ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ (РАБОТЫ)

от «____» _____ 20___ г.

к договору №_____ от «____» _____20___г.
на оказание платных медицинских стоматологических услуг

Потребитель: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)
_____

Напоминаем Вам, что ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска выполняет взятые на себя гарантийные обязательства при следующих условиях:
1. Соблюдении личной и профессиональной гигиены полости рта;
2. Потребитель посещает бесплатные осмотры с частотой, рекомендованной специалистом, оказывающие платные стоматологические медицинские услуги;
3. Потребитель обращается за исправлением выявленных недостатков в ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска.

Гарантийные обязательства ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска не распространяются на случаи невыполнения пунктов 1, 2, 3 гарантийного талона на стоматологические услуги, а также:
– при наличии, на момент оказания стоматологической помощи, у пациента заболеваний или вновь выявленных заболеваний, а также физиологических изменений (стоматологического и общесоматического профиля) способных повлиять на результаты лечения;
-- при повреждениях наступивших, в результате механических или травматических воздействий (включая механические повреждения при оказании медицинской помощи общесоматического профиля - интубация, эндоскопические исследования и др.);
– при вмешательстве медицинского персонала, не являющегося медицинским работником ГАУЗ СК «ГСП» г. Пятигорска, в зону гарантийных обязательств;
– при невыполнении медицинских показаний и требования специалистов, оказывающих платные стоматологические медицинские услуги, о необходимости последующего восстановления зуба в ортопедическом отделении.

Информация о гарантийных обязательствах

Специалист, оказавший платные стоматологические медицинские услуги:
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Оказанные услуги (выполненные работы): _____
_____
_____
_____
_____

Установленные компоненты:_____
_____
_____
_____

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»
ГОРОДА ПЯТИГОРСКА

Россия, 357500, г. Пятигорск

пр-кт 40 лет Октября, д. 19.
Тел. (факс): 8 (8793) 32-38-94;
e-mail: gsp@stomatology-kmv26.ru

Дата окончания срока гарантии: «____» _____20___г.

«____» _____ 20___ г. _____ _____

(подпись) (ФИО)