

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору на оказание платных медицинских услуг
в стоматологическом отделении СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39»

Санкт-Петербург

« » 202 г.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №39» (сокращенное наименование – СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39») ИНН 7825024478, КПП 784101001, ОГРН 1037843130930, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, в лице заведующей стоматологическим отделением Капитоновой Оксаны Петровны, действующей на основании доверенности №1 от 09.01.2024г и Пациент

(Ф.И.О. пациента)

его Законный представитель

(Ф.И.О. законного представителя пациента (опекуна, попечителя)

именуемый в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ», при совместном упоминании именуемые «Стороны» заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – Соглашение) к договору на оказание платных медицинских услуг (далее - договор) о нижеследующем:

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель оказывает Потребителю сверх установленной Программы и Территориальной Программы следующие платные медицинские услуги (далее – услуги) в соответствии с перечнем, установленным лицензией Исполнителя:

дата (срок) предоставления услуги	наименование услуги (перечень платных медицинских услуг)	стоимость услуги	кол-во услуг	сумма	Ф.И.О. медицинского работника
Итоговая стоимость услуг:					
Подпись медицинского работника:					

1.2. Решение Потребителя (Законного представителя) о получении услуги на платной основе является добровольным в соответствии с поданным ранее заявлением-согласием Потребителя (Законного представителя) на оказание платных медицинских услуг.

1.3. Потребитель (Законный представитель) своей подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что Исполнителем ему повторно разъяснены положения разделов с 1 по 10 договора с учетом согласованных сторонами в настоящем Соглашении платных медицинских услуг.

1.4. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что Исполнитель ознакомил его с порядком оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы и Территориальной Программы и информацией, указанной в п.1.3. договора. Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что обязуются соблюдать режим лечения и правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей Исполнителя.

1.5. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что в доступной форме проинформирован Исполнителем о способе, цели и характере оказываемой медицинской услуги, а также об основных преимуществах, недостатках и риске проводимых процедур; получил подробные инструкции в доступной форме относительно подготовки к исследованию, поведения вовремя и после процедур и обязуется неукоснительно следовать рекомендациям и указаниям врача, производящего вмешательство, строго соблюдать предписанный последующий режим и назначения врача. Исполнителем разъяснены пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что альтернативные пути лечения им обдуманы до принятия решения о виде лечения. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что ему названы Исполнителем и с ним согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур, предварительные сроки и стоимость процедур; ему разъяснено Исполнителем, что точная продолжительность лечения не может быть определена или может изменяться для достижения благоприятного результата.

1.6. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что согласен с действующими ценами Исполнителя на медицинские услуги.

1.7. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что до его заключения Исполнитель уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.8. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что понимает важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также выполнения всех полученных от Исполнителя указаний, касающихся лечения и гарантирует, что поставил в известность Исполнителя обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, наследственности и принимаемых лекарственных средствах.

1.9. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что до его заключения повторно ознакомлен с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании медицинской помощи в стоматологическом отделении Исполнителя, а также условиями сохранения гарантийных обязательств.

1.10. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что обязуется на любом этапе обследования и лечения незамедлительно известить Исполнителя о возникших осложнениях и следовать его рекомендациям. Вся необходимая контактная информация доведена Исполнителем до сведения Потребителя (Законного представителя) и является достаточной.

1.11. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что получил всю необходимую информацию, касающуюся медицинской услуги, условий ее получения, стоимости услуг, о правах и обязанностях Сторон и имел возможность задать Исполнителю любые интересующие его вопросы, связанные с состоянием здоровья и предстоящим лечением, условиями договора и Соглашения и получил исчерпывающие ответы в доступной форме.

1.12. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что Исполнителем в доступной форме представлена исчерпывающая информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщен почтовый адрес, адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба). Адреса и

реквизиты Сторон, указанные в настоящем Соглашении, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений.

1.13. Применяемый в настоящем Соглашении мелкий шрифт (его размер, кегль) согласован Сторонами. Потребитель (Законный представитель) подписью в Соглашении подтверждает, что данный размер не затрудняет визуальное восприятие текста договора и Соглашения и понимание его положений. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что ознакомлен и согласен со всеми пунктами Соглашения, положения которого им прочитаны, разъяснены, поняты и добровольно дает свое согласие на обследование и лечение в согласованном объеме.

1.14. Стороны согласились, что при заключении настоящего Соглашения они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи и признают равную юридическую силу подписи собственноручной и факсимильной. Стороны договорились использовать факсимиле на иных документах, связанных с исполнением договора и Соглашений, при этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

1.15. Соглашение является приложением к договору и хранится в порядке, определенном законодательством РФ об архивном деле в РФ.

1.16. Во всем остальном, что не предусмотрено договором и Соглашением к нему, применяются нормы действующего законодательства РФ.

Потребитель	Исполнитель
_____ Ф.И.О. пациента _____ Адрес места жительства: _____ Паспорт № _____ серия _____ Выдан (кем и когда) _____ e-mail: _____ телефон _____	СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» Юридический адрес: 191123, Санкт-Петербург, ул. Фурштатская д. 36, лит. Б телефон: 272-99-38 ИНН 7825024478 КПП 784101001 ОГРН 1037843130930 Стоматологическое отделение СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» Адрес: Санкт-Петербург, ул. Малая Конюшенная д.2, лит П e-mail: p39@zdrav.spb.ru телефон: 417-32-05 официальный сайт gorgpol39.spb.ru
_____ (подпись) Экземпляр Соглашения получил _____ (подпись)	Заведующая стоматологическим отделением СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» Капитонова Оксана Петровна _____

Этот раздел заполняется только на законного представителя Потребителя (Пациента)

Я, _____
Ф.И.О (родителя, опекуна, попечителя) полностью
являюсь законным представителем Пациента _____,
(Ф.И.О пациента полностью)
и в силу закона действую от его имени и в его интересах на основании _____
(документ, подтверждающий полномочия)

Паспорт законного представителя № _____ серия _____ выдан _____
Адрес места жительства: _____
Телефон _____, e-mail: _____

Своей подписью подтверждаю, что права и обязанности Потребителя (Пациента)
по настоящему договору (дополнительному соглашению) распространяются на меня, как на его законного представителя.
Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего договора (дополнительного соглашения) на оказание платных медицинских услуг,
положения которого мною прочитаны, разъяснены, поняты. Экземпляр договора (дополнительного соглашения) получил.
подпись _____ / _____ / _____
расшифровка _____ дата _____