

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)

именуемый в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ»,

и

(Ф.И.О. Заказчика, если он является физическим лицом или наименование организации, если договор заключен от имени юридического лица)

именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», 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, Заказчик оплачивает, а Исполнитель оказывает Потребителю сверх установленной Программы и Территориальной Программы следующие согласованные сторонами 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 и Заказчика о получении услуги на платной основе является добровольным в соответствии с поданным ранее заявлением-согласием Потребителя и Заказчика на оказание платных медицинских услуг.

1.3. Потребитель и Заказчик подписью в настоящем Соглашении подтверждают, что Исполнителем им повторно разъяснены положения разделов с 1 по 10 договора с учетом согласованных сторонами в настоящем Соглашении платных медицинских услуг.

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

1.5. Потребитель 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 подписью в настоящем Соглашении подтверждает, что альтернативные пути лечения им обдуманы до принятия решения о виде лечения. Потребитель 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 и Заказчик своей подписью в настоящем Соглашении подтверждают, что согласны с действующими ценами Исполнителя на медицинские услуги.

1.7. Потребитель 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 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 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 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 и Заказчика и является достаточной.

1.11. Потребитель и Заказчик подписью в настоящем Соглашении подтверждают, что получили всю необходимую информацию, касающуюся медицинской услуги, условий ее получения, стоимости услуг, о правах и обязанностях Сторон и имели возможность задать Исполнителю любые интересующие их вопросы, связанные с состоянием здоровья и предстоящим лечением, условиями договора и Соглашения и получили исчерпывающие ответы в доступной форме.

1.12. Потребитель и Заказчик подписью в настоящем Соглашении подтверждают, 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 и Заказчик подписью в Соглашении подтверждают, что данный размер не затрудняет визуальное восприятие текста договора и Соглашения и понимание его положений. Потребитель и Заказчик подписью в настоящем Соглашении подтверждают, что ознакомлены и согласны со всеми пунктами Соглашения, положения которого ими прочитаны, разъяснены, поняты. Потребитель 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.

АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

От Заказчика	Потребитель	От Исполнителя
(наименование организации или Ф.И.О.) ОГРН ИНН Адрес организации, физического лица: _____ Паспорт физического лица № _____ серия _____ Выдан (кем и когда) _____	_____ Ф.И.О. пациента Адрес места жительства: _____ Паспорт № _____ серия _____ Выдан (кем и когда) _____	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
должность и ФИО лица действующего от имени ЮЛ _____ (подпись) Экземпляр Соглашения получил _____ (подпись)	_____ ФИО _____ (подпись) Экземпляр Соглашения получил _____ (подпись)	Заведующая стоматологическим отделением СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» Капитонова Оксана Петровна _____