

ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 N 659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" прошу СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39» (далее - Исполнитель) заключить со мной _____ (далее-Законный представитель) договор на оказание платных медицинских услуг _____ (далее - Потребитель).

Подписью в настоящем заявлении-согласии подтверждаю, что до заключения договора мне разъяснено и понятно право Потребителя (пациента) на получение 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. Подтверждаю, что я ознакомлен Исполнителем с формой договора на оказание платных медицинских услуг (далее – договора). Подтверждаю, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию, касающуюся перечня платных медицинских услуг, стоимости платных медицинских услуг, условий их получения, прав и обязанностей Сторон договора и имел возможность задать Исполнителю любые интересующие меня вопросы, связанные с предстоящим лечением на платной основе, условиями договора и получил исчерпывающие ответы в доступной для меня форме.

Я уведомлен 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. С Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей Исполнителя и режимом работы Исполнителя ознакомлен.

Подпись «Законного представителя» _____ контактный телефон: _____ « ____ » _____ 202__ года

ДОГОВОР №**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 настоящий договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется Исполнителем в соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 N 659 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", а так же иными нормативными актами РФ.

1.2. СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39» внесено в реестр юридических лиц Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Центральному району Санкт-Петербурга 11.02.2003 Бланк: серия 78 № 004041510.

1.3. Лицензия от 25.02.2020 № ЛО-78-01-010641, регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00369609 на оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной, специализированной медико-санитарной помощи, паллиативной и скорой медицинской помощи, выдана бессрочно Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. На официальном сайте gorpol39.spb.ru и информационных стендах Исполнителя Потребитель и иные лица могут ознакомиться: с Уставом Исполнителя, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, Положением по организации оказания Исполнителем платных медицинских услуг, перечнем платных медицинских услуг, с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях (действующим прейскурантом Исполнителя), сроками ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа) и Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге (далее - Территориальная Программа); стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцами договоров; перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот (при их наличии), а также перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем, режимом работы Исполнителя и иной информацией, которая доводится Исполнителем до сведения Потребителя. Учредители Исполнителя: Администрация Центрального района Санкт-Петербурга, адрес: 191167, Санкт-Петербург, Невский проспект, д.176, телефон: +7(812) 576-28-00, Комитет имущественных отношений Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, ул. Новгородская, д. 20, литера А, телефон: +7(812) 576-75-15. Контролирующие организации: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, адрес: 191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая д.1, телефон +7(812)63-555-64; Управление Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области, адрес: 197342, г. Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А, телефон +7(812)314-67-89; Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу, адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19, телефон: 8-800-555-49-43; Территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга, адрес: 196006, г. Санкт-Петербург, ул. Коли Томчака, д. 9, лит. А, телефон: +7(812) 703-73-01.

1.4. В настоящем договоре используются следующие понятия: «Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи; «Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. «Законный представитель» - лицо, которое в силу закона представляет интересы Потребителя (Пациента). По тексту договора все права и обязанности Потребителя (Пациента) распространяются на его законного представителя. "Исполнитель" - СПб ГБУЗ «Городская поликлиника №39», предоставляющее платные медицинские услуги. Договор составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. 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:					

2.2. Объем оказываемых услуг определяется состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показаниями, желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Исполнитель осуществляет оказание услуг в срок, установленный в п.2.1. договора. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам.

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 РФ; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ и обязательными для исполнения на территории РФ всеми исполнителями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в стоматологическом отделении, расположенном по адресу: Санкт-Петербург, ул. Малая Конюшенная д.2, лит. П, в день заключения договора, либо в сроки, оговоренные Сторонами в пункте 2.1. договора и указанные в плане лечения (Приложение к настоящему договору).

2.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан. Результаты оказания медицинских услуг отражаются в медицинской и иной документации, подтверждающей оказание медицинских услуг пациенту. Медицинская документация является неотъемлемым приложением к настоящему договору в части определения перечня и объема оказываемых услуг, целей и сроков их оказания. Потребителю после получения платных медицинских услуг Исполнителем бесплатно по месту оказания услуги выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

В целях защиты прав Потребителя (в том числе в целях предоставления социального налогового вычета по налогу на доходы физических лиц, предусмотренного подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ) Исполнитель по заявлению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов:

- копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения дополнительных соглашений);
- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги, выданный по форме и в порядке, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения;
- рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью исполнителя (при ее наличии), или выписка из медицинской документации пациента, содержащая сведения о назначении лекарственного препарата.

3. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Заказчика и Потребителя получить медицинскую услугу за плату. При заключении договора Потребитель и Заказчик проинформированы в доступной форме о возможности и порядке получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы и Территориальной Программы, что подтверждается их подписью в договоре.

3.2. Потребитель подписью в настоящем договоре подтверждает, что Исполнителем в доступной форме представлена им исчерпывающая информация 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; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) и другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.3. Отказ Потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых пациенту без взимания платы в рамках Программы и Территориальной Программы.

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.5. Потребитель уведомлен, что выполнение ортопедических услуг производится Исполнителем только после санации полости рта, изготовления ортопантограммы, профессиональной чистки (удаления зубных отложений и снятие мягкого зубного налета), при необходимости: компьютерной томографии.

3.6. При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным в соответствии с требованиями законодательства РФ и действующим на момент обращения Потребителя (пациента) согласно перечню медицинских услуг, согласованных Сторонами в п.2.1. настоящего договора.

4.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.3. Оплата по всем услугам, кроме ортопедических, производится Потребителем в российских рублях в день оказания услуг по факту выполненных работ в форме 100% оплаты в наличном, либо безналичном порядке.

Оплата ортопедического лечения оплачивается следующим образом:

- 40% от стоимости, указанной в согласованном плане лечения, в день составления наряда;

- оставшуюся часть денежных средств Потребитель вносит к моменту исполнения наряда. Работа считается законченной, при наличии подписи Потребителя о приемке ортопедической конструкции в наряде.

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

4.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета (твердая или приблизительная). Ее составление по требованию Стороны договора является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.5. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается с оформлением двустороннего акта о возврате денежных средств. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.6. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг условиям настоящего договора, лицензии Исполнителя и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

5.1.2. Довести до сведения Потребителя информацию, указанную в п.1.3. настоящего договора, а также иную информацию, определенную законодательством РФ.

5.1.3. Информировать Потребителя о состоянии его здоровья, проводимом лечении и иных условиях в соответствии с разделами 2 и 3 настоящего договора.

5.1.4. Разъяснить Потребителю порядок оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы и Территориальной Программы.

5.1.5. Информировать Потребителя о цене услуг, порядке их оплаты до их оказания.

5.1.6. Предоставить по требованию Потребителя для ознакомления лицензию Исполнителя на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), выписку из единого государственного реестра юридических лиц, информацию о платных медицинских услугах и иную информацию, определенную законодательством РФ.

5.1.7. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. Выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания медицинских услуг, а также иные документы, определенные п.2.4. настоящего договора.

5.1.8. До заключения настоящего договора уведомить Потребителя 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.

5.1.9. Своевременно и качественно обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию платных медицинских услуг.

5.1.10. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

5.1.11. Рассмотреть и удовлетворить заявленные Потребителем требования (направить отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом РФ "О защите прав потребителей".

5.1.12. Определить для Потребителя гарантийный срок в течение 12 месяцев после оказания услуги, в случае, если по оказанной услуге установлена гарантия.

5.1.13. Выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания платных медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.

5.2.2. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие в случаях: нарушения или отказа Потребителя от выполнения назначений и рекомендаций лечащего врача; не предоставления Потребителем лечащему врачу достоверных сведений о своем здоровье, в том числе необходимых медицинских документов; обнаружения у Потребителя противопоказаний, в том числе в день проведения процедуры.

5.2.3. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Потребителя план или (и) сроки лечения.

5.2.4. Отказать в приеме (или переназначить) Потребителя (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя; если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала; требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте; опоздания на прием на срок более 15 минут.

5.2.5. Заменить лечащего врача Потребителя по просьбе врача или самого Потребителя.

5.3. Потребитель обязан:

5.3.1. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием.

5.3.2. Сообщить лечащему врачу правдивую и полную информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, ранее проведенном обследовании и лечении, а также другие сведения, необходимые для выбора того или иного метода диагностики и лечения, а также снижения риска вызвать побочные реакции или осложнения при оказании медицинской помощи. Своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья, побочных реакциях лекарственных препаратов, осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

5.3.3. Следовать выбранному им же плану обследования и лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения к Исполнителю по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги. Указывать Исполнителю достоверные данные. Удостоверить личной подписью документы, требующие подписи Потребителя.

5.3.4. Соблюдать правила санитарного и противоэпидемиологического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности, утвержденные Исполнителем Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей.

5.3.5. Предоставить требуемые лечащим врачом медицинские документы, результаты предыдущих исследований.

5.3.6. Оплатить медицинские услуги в полном объеме в порядке и сроки, предусмотренном разделом 4 Договора.

5.3.7. Выполнять иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

5.4. Потребитель имеет право:

5.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом времени занятости персонала другими пациентами. При необходимости, согласовать с Исполнителем новый срок оказания услуги или потребовать оказания услуги другим специалистом.

5.4.2. В доступной для его форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, гарантийных обязательствах и т.д.

5.4.3. Знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя осуществлять деятельность по оказанию медицинской помощи. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, преискуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

5.4.4. Получать от Исполнителя документы, подтверждающие произведенную оплату по настоящему договору.

5.4.5. Получать от Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья.

5.4.6. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора в соответствии с законодательством РФ.

5.4.7. Добровольного согласия или отказа на предлагаемые медицинские вмешательства.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя (пациента) в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Исполнитель несет ответственность за несоблюдение по его вине сроков оказания услуг. Неустойка за несоблюдение Исполнителем сроков оказания услуг начисляется в порядке и размере, определяемых Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», действующим гражданским законодательством РФ. Требования потребителя не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что нарушение сроков выполнения работы (оказания услуги) произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Потребителя.

6.4. Исполнитель обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами в течение гарантийного срока (если на услуги установлен гарантийный срок), при соблюдении Потребителем условий гарантии.

6.5. Потребитель несет полную ответственность за достоверность предоставляемой Исполнителю информации о состоянии своего здоровья.

6.6. Потребитель несет ответственность за неисполнение обязанности по оплате медицинских услуг по договору.

6.7. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору, возникшее вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все претензии, возникающие при оказании платных медицинских услуг, урегулируются в порядке, предусмотренном законодательством РФ. При обращении Потребителя к Исполнителю с претензией в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением Исполнителем обязательств по настоящему договору, Исполнитель в течение 10 (десяти) календарных дней со дня получения претензии и документов, подтверждающих доводы претензии Потребителя, осуществляет клинико-экспертную оценку качества оказания медицинских услуг и предоставляет Потребителю письменный ответ о результатах проведенной экспертизы.

7.2. При невозможности достижения согласия спорные вопросы регулируются в судебном порядке на основании действующего законодательства РФ.

8. СРОК ДОГОВОРА. СРОК ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Срок оказания медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, определяется медицинским работником Исполнителя исходя из целей оказания данных услуг, объективного состояния здоровья Потребителя, технических и организационных возможностей Исполнителя и отражается в п. 2.1. настоящего договора и медицинской документации.

8.2. Срок оказания платных медицинских услуг, установленный в п. 2.1. договора, может быть продлен по соглашению Сторон на соответствующее количество дней в случаях:

8.2.1. Временной приостановки лечения по инициативе Потребителя (на количество дней приостановки);

8.2.2. Необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов - на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов.

8.2.3. Невыполнением Потребителем указаний (рекомендаций) Исполнителя в лице медицинских работников, если такое невыполнение повлекло за собой невозможность завершения оказания медицинских услуг в срок, определенный в соответствии с условиями настоящего договора.

8.2.4. Объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана диагностики и лечения, влекущего изменение объема оказываемых услуг.

9. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

9.2. Потребитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов в соответствии с п. 4.5. Договора.

9.3. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре подтверждает, что Исполнитель ознакомил его с порядком оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Программы и Территориальной Программы и информацией, указанной

в п.1.3. настоящего договора, в том числе с требованиями, определенными Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей Исполнителя, правилами лечебно-охранительного режима, установленного Исполнителем. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре подтверждает, что обязуется соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей Исполнителя.

10.2. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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 договоре подтверждает, что альтернативные пути лечения им обдуманы до принятия решения о виде лечения. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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.

10.3. Потребитель (Законный представитель) согласен с действующими ценами Исполнителя на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что внесенные по настоящему Договору денежные средства не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

10.4. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре подтверждает, что до заключения договора 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.

10.5. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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.

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

10.7. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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.

10.8. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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 получил исчерпывающие ответы в доступной форме.

10.9. Потребитель (Законный представитель) подписью в настоящем договоре 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 договоре, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений.

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

10.11. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора 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 настоящего договора, при этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

10.12. Договор хранится в порядке, определенном законодательством РФ об архивном деле в РФ.

10.13. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, применяются нормы действующего законодательства РФ.

11. АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

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 gorpol39.spb.ru
	Заведующая стоматологическим отделением

_____ (подпись) Экземпляр договора получил _____ (подпись)	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 _____, и в силу закона действую от его имени и в его интересах. _____ Ф.И.О пациента полностью Паспорт законного представителя № _____ серия _____ выдан _____ Адрес места жительства: _____ Телефон _____, e-mail: _____ Своей подписью подтверждаю, что права и обязанности Потребителя (Пациента) по настоящему договору распространяются на меня, как на его законного представителя. Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего договора на оказание платных медицинских услуг, положения которого мною прочитаны, разъяснены, поняты. Экземпляр договора получил. подпись _____ / _____ / _____ расшифровка _____ дата _____	