

документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ г.р. _____, выдан _____, зарегистрирован _____ по _____ адресу _____ тел. _____, именуемый _____ в _____
«Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые как «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.6. Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, размещенных на сайте Исполнителя в сети Интернет <http://mosgorzdrav.ru/sp60>.

2.4.5. Предъявлять претензии, требовать возмещения ущерба, отказаться от оплаты в случае ненадлежащего оказания услуг в установленном порядке.

4. При не соблюдении Потребителем п. 2.3.4. и п. 2.3.5. настоящего Договора Исполнитель может отказаться от дальнейшего оказания услуг.

1. Потребитель производит 100% оплату за предоставление медицинских услуг до начала оказания услуг. Заказчику в соответствии с законодательством выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

4.3. Оплата услуг осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Предприятия.

4.4. При возникновении необходимости возврата денежных средств Потребителю, денежные средства возвращаются в наличном виде в платежный терминал.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг с согласия Потребителя, стоимость и объем услуг может быть изменены Исполнителем. Изменение стоимости и объема услуг должно быть произведено путем подписания обеими сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору (приложение № 2 к договору).

4.5. Факт оказания Исполнителем и приемки Потребителем платных медицинских услуг подтверждается внесением сведений об оказанных услугах в медицинскую документацию, оформленную на Потребителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности в случае не соблюдения Потребителем обязанностей, предусмотренных п. 2.3. настоящего Договора.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Потребитель и Исполнитель примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, путем переговоров.

6.2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

7. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

7.2. Все приложения к договору являются его неотъемлемыми частями.

7.4. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до момента подписания следующего Договора.

7.4. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств (в течение 1 года с момента заключения).

7.5. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОТРЕБИТЕЛЮ (ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПОТРЕБИТЕЛЯ) МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (КОПИЙ, ВЫПИСОК)

8.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Потребитель представляет запрос на имя главного врача ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе, который содержит: фамилию, имя, отчество Потребителя; реквизиты документа, удостоверяющего личность Потребителя; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений; номер контактного телефона; адрес электронной почты (при наличии); наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья Потребителя, которые Потребитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить; дату подачи запроса и подпись Потребителя для письменного запроса.

8.2. Срок предоставления Потребителю медицинских документов (их копий) или выписок не превышает четырнадцать календарных дней.

8.3. Медицинские документы (их копии) или выписки на бумажном носителе предоставляется в одном экземпляре.

9. ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель:

Исполнитель

Главный врач _____ / Е.В. Терняк /

Перечень оказываемых услуг

Приложение № 1

[illegible]

Потребитель _____ / _____

Исполнитель (лечащий врач) _____ / _____

Дополнительное соглашение № _____

от _____ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Стоматологическая поликлиника № 60 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ»), Лицензия № ЛО41-01137-77/00326902, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития 20.10.2017 (г. Москва, Славянская пл., д.4, стр.1), в лице главного врача Терняка Евгения Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрирован по адресу _____, тел. _____, несовершеннолетнего (ФИО ребенка полностью) _____ г.р. _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с п. 4.4 Договора № _____ от _____ г., на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Потребителем и Исполнителем, Потребитель выражает свое согласие на увеличение стоимости и объема медицинской помощи, оказываемой по указанному Договору и оплату дополнительных услуг.

Перечень оказываемых услуг

№ зуба	Код услуги по преysкуранту	Наименование услуги по преysкуранту	Кол-во услуг	Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.

2. Исполнитель исполнил свои обязательства полностью и в согласованные сторонами сроки, оказанные платные медицинские услуги по объему и качеству удовлетворяют требованиям Потребителя (Пациента) и условиям Договора на оказание платных медицинских услуг.
3. Потребителю (Пациенту) разъяснен смысл и значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией перечня оказанных услуг, Потребитель имел возможность задать вопросы врачу и получил ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяет квалификации специалистов Исполнителя.
4. Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
5. Потребитель (Пациент) с Перечнем оказываемых платных услуг ознакомлен и согласен.

Исполнитель: ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ»
Терняк Евгений Владимирович

Потребитель (Пациент): _____

_____ (подпись)

_____ (подпись)

М.п.

«__» _____ 202__ г.

«__» _____ 202__ г.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание платных медицинских услуг**

город Москва

« _____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» при этом не разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю своё согласие на оказание мне платных медицинских услуг готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое мне лечение не гарантирует 100% положительный результат, и что при этом его проведении и после него, как в ближайшем, так в отдалённом периоде возможны различные осложнения, обусловленные биологическими особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинским вмешательством.

4. Я согласен с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ» не несёт ответственности за возникновения побочных эффектов и осложнений.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинских работников ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ».

6. Я ознакомлен(на) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я добровольно, без какого-либо принуждения, выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения, определённым врачом для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики в связи с моим заболеванием _____ (код по МКБ-10).

9. Я информирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и я подтверждаю своё согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «СП № 60 ДЗМ».

10. Настоящее согласие мною прочитанных вслух, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

11. Настоящий документ подписан Потребителем на приёме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись потребителя _____

Расписался в моём присутствии: _____

Врач: _____ / _____
(подпись) (должность, фамилия, имя, отчество)