

П Р И К А З

от «24» октября 2019 года

№ 119-нд

**«Об утверждении формы договоров на оказание платных медицинских услуг
ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая
поликлиника»**

В целях реализации прав граждан на получение платных медицинских услуг, совершенствования и упорядочивания деятельности по оказанию платных услуг населению в ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника», руководствуясь ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Гражданским кодексом РФ

В связи с внесением изменений с 01 ноября 2019г. в действующие утвержденные формы договоров на оказание платных стоматологических услуг,

ПРИКАЗЫВАЮ

1. Утвердить новую форму договоров:

- 1.1 На оказание платных стоматологических услуг: по стоматологии терапевтической, по стоматологии хирургической, по стоматологии ортопедической, по стоматологии детской, по физиотерапии, по рентгенологии, по зуботехническому изготовлению съёмных пластиночных аппаратов (*приложение №1 к настоящему Приказу*)
- 1.2 На оказание платных ортодонтических услуг (*приложение №2 к настоящему Приказу*).

2. Наделить полномочиями кассиров медицинской организации:

- 2.1. На подписание договоров по оказанию платных медицинских услуг в соответствии с формами указанных в п.1.1 и п.1.2 настоящего Приказа и принимать оплату за оказанные платные медицинские услуги в соответствии с условиями договоров утвержденные настоящим Приказом.
- 2.2. На проведение контроля за исполнением договоров (форма п 1.2.) по расщотке платежа. Ежедневно в начале рабочей смены с помощью информации, отраженной в отчете «Реестр должников» проводить обзот пациентов.
- 2.3. На осуществление учёта исполнения договоров, который заключается в выполнении следующих мероприятий:
 - постоянный мониторинг хода выполнения сторонами обязательств по договору, проверка своевременности их выполнения через электронную базу данных: программном продукте «Касса» и на бумажном носителе;
 - при выявлении нарушений хода выполнения сторонами обязательств по договору, доводить данную информацию в виде служебной записки до заместителя главного врача по медицинской части и ведущего юриста в 3-х дневный срок с момента возникновения нарушения обязательств по Договору.

3. Ведущему юристу при невозможности решить возникающие вопросы по исполнению обязательств по договору путем переговоров, подготавливать документы для решения вопросов в претензионно-исковом, судебном порядке.

4. Системному администратору Серета А.М. оперативно внести изменения в форму договора указанной в п.1.1 настоящего Приказа в программном продукте «Касса» и разместить информацию на официальном сайте учреждения.

5. Заместителю главного врача по медицинской части Гушиной Е.Ю. довести до сведения всех медицинских работников МО (оказывающих платные медицинские услуги) содержание настоящего приказа, под роспись в трёхдневный срок.

6. Секретарю руководителя Ломтиковой О.Х.:

- ознакомить ответственных работников с настоящим приказом под роспись в трехдневный срок с момента издания настоящего Приказа с предоставлением копии настоящего документа.
- осуществлять контроль за возвратом настоящего Приказа и организовать работу по его хранению в распорядительных документах по основной деятельности.

7. Настоящий Приказ вступает в силу с 01 декабря 2019г.

8. Приказ от «27» декабря 2018 года № 103-153 «Об утверждении формы договоров на оказание платных медицинских услуг ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» считать утратившим силу с момента вступления в силу настоящего Приказа.

9. Настоящий приказ вступает в силу с момента его подписания.

10. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Н.В. Высота

С приказом ознакомлены:

Заместитель главного врача по медицинской части Гущина Е.Ю.

 12.11.19



Системный администратор Серед А.М.

 12.11.19

Секретарь руководителя Ломткова О.Х.

 12.11.19

Михайлова В.В. 

Колотайникова Н.С. 
 Кудрова Н.А. 

СОГЛАСОВАНО

 Колотайникова Н.С.

- о состоянии полости рта в рамках специализации врача;
- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментов, материалов и их эффективности;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфорта, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее;
- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

2.1.2. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методов.

2.1.3. Обеспечить качество стоматологической услуги, с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

2.1.4. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг (технологий), если есть возможность, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья пациента в силу специфики своей медицинской технологии. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается пациентом и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуги до ее оказания.

2.1.6. По факту оказания услуги Исполнитель предоставляет Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги.

2.1.7. Исполнитель обязан соблюдать правила медицинской этики и деонтологии по взаимоотношениям с Заказчиком, а так же врачебную тайну.

2.1.8. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

Исполнитель имеет право:

2.1.9. Требовать от Заказчика надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.10. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в документацию графика работы специалистов не является ненадлежащим исполнением условий настоящего договора.

2.1.11. Отступить от запланированного графика лечения в случае отозвания Потребителя и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.1.12. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Потребителя.

2.1.13. В лице специалиста Исполнителя осуществлять выбор тактики и методов лечения, метода анестезии, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.1.14. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Заказчиком условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причины такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Потребителя острого стоматологического состояния.

2.1.15. Амбулаторная карта стоматологического пациента является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет. Заказчик на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Обязанности Заказчика:

2.2.1. Предоставлять необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья. Заказчик обязуется достоверно и полно сообщать данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, "инфекционные и вирусные, все виды аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройств (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицированности (СТИД), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стенозатора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянном принимаемых препаратах.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

2.2.3. Удостоверить личной подписью информированное добровольное согласие, предполагаемый план лечения, медицинские назначения с назначениями и рекомендациями.

2.2.4. Являться на консультации, назначаемые процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за один сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.

2.2.5. При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Заказчиком и факт получения уведомления Исполнителем.

2.2.6. Оплатить стоматологические услуги, включая дополнительные стоматологические услуги, вызванные двусторонним согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим Договором.

2.2.7. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

2.2.8. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренном разделом 6 настоящего договора.

2.2.9. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основания.

2.2.10. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.2.11. По окончании лечения является для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

Заказчик имеет право:

- 2.2.12. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.
- 2.2.13. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалистах, предоставляющем услугу и т.д.).
- 2.2.14. Ознакомиться с документацией, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.
- 2.2.15. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.
- 2.2.16. Заказчик обязан принять результаты выполненных работ путем подписания Акта сдачи-приемки работ непосредственно после оказания стоматологической услуги. (Приложение №2 к настоящему договору).

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (его законного представителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.
- 3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядком, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок или стандарт или/и в виде отдельных медицинских вмешательств - по согласию сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 3.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.
- 3.4. Исполнитель предоставляет Заказчику (его законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследований, 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.
- 3.5. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
- 3.6. Услуги оказываются непосредственно после извещения Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установит как дату своего прихода на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

4. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

- 4.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.
- 4.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Заказчиком рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.
- 4.3. Возможный дискомфорт, вызванный специфичной стоматологической методикой, является нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходит в течение разумного срока и о которых Заказчик был заранее предупрежден специалистом, не является показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.
- 4.4. Определить для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, в том числе именованной физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.
- 4.5. При оказании стоматологической услуги Исполнитель предоставляет Заказчику гарантийный срок на виды работ установленные «Положением об установлении гарантийного срока службы» при оказании стоматологической помощи в ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника»:
В остальных случаях гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения пациента (с соответствующим занесением в карту пациента)
- 4.6. Заказчик подтверждает, что до заключения договора ознакомлен с «Положением об установлении гарантийного срока службы» при оказании стоматологической помощи в ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» (Ф.И.О. и подпись Заказчика (его представителя))

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 5.1. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях предусмотренных п. 4 ст. 13 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 6.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, которые отражаются в Актах сдачи-приемки работ.
- 6.2. Оплата за оказанную услугу осуществляется Заказчиком в размере 100% путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
- 6.3. Заказчик обязан оплатить оказанные ему услуги, согласно Акта сдачи-приемки работ, после каждого приема у специалиста медицинской организации в размере полной стоимости фактически оказанных ему услуг в данное посещение.
- 6.4. Услуги могут быть оплачены представителем Заказчика.
- 6.5. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видов диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Заказчику. При этом Заказчик вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик письменно возражает, лечение продолжается на новых условиях.
- 6.6. В случае несвоевременной оплаты этапов лечения, Заказчик выплачивает пени в размере 0,3% от общей стоимости работ за каждый день просрочки платежа.

6.7. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно перечисленные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

7.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия подается в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

7.4. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

7.5. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики неблагоприятных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Заказчиком назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя; отказа Заказчика от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Заказчика общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Заказчиком и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Заказчика индивидуальной непереносимости и (или) патологической реакции на медикаментозные средства и (или) плазмобирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методов диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений, осложнений, связанных с переломом и (или) выпиранием результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Заказчиком; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил реабилитационного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

7.6. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникающее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, эпидемии, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водоснабжения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным с момента его подписания и действует до «31» декабря 20__ г. Без условия пророческая.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.

8.3. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика о том, что необлюдение указанной (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.

(Ф.И.О. и подпись Заказчика (его представителя))

9. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ, примененным для данного вида договоров.

9.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Заказчик делает об этом отметку в амбулаторной карте.

9.3. В случае, когда Заказчик не выполняет рекомендации Исполнителя, по оказанию медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Заказчика следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения Исполнителя равносильно расторжению договора в одностороннем порядке.

10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН:

| | |
|---|--|
| Исполнитель: ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» адрес: 665813, Иркутская обл., г. Ангарск, квартал 107, дом 16, телефон 8(3955)52-26-83,53-33-30 ИНН/КПП 3801015607/380101001 Расчетный счет 40601810500003000002 Наименование банка: Отделение Иркутск г.Иркутск Лицевой счет 80302030137, БИК 042520001, ОКВУ 05349345 ОГРН 1033800525670 ОКВЭД 85.13 ОКСТМО 25605101 Главный врач _____ Н. В. Высоца « _____ » _____ 20__ г. Представитель Исполнителя действующий на основании доверенности № _____ от _____ 20__ г. подпись _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) | Заказчик: Ф.И.О. законного представителя, дата рождения _____ в интересах несовершеннолетнего (Ф.И.О., дата рождения) ПАСПОРТ _____ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ _____ ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ _____ Ф.И.О. законного представителя / _____ (подпись) « _____ » _____ 20__ г. |
|---|--|

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг
(информированное согласие)

Я, (Ф.И.О.Заказчика, год рождения, адрес места жительства), действующий в интересах (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента, год рождения), в рамках договора об оказании платных стоматологических услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ОГБУЗ "Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника". При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ОГБУЗ "Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне в рамках Территориальной программы госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Иркутской области, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и 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 лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении осмотра, диагностических и лабораторных исследований, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, по независящим от медицинских работников причинам.
4. Я согласен, с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения осложнений побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказания с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственность за их возникновение.
5. Я осознано и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию со специалистом медицинской организации выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в медицинской организации и которые отражены в Акте выполненных работ.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и соответствии с настоящим договором.
8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

| | |
|--|--|
| Заказчик Ф.И.О. (год рождения, адрес места жительства) в интересах (Ф.И.О./год рождения) _____ (подпись) дата _____ | Исполнитель Представитель Исполителя, действующий на основании доверенности № _____ от _____ 20__ г. кассир _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) дата _____ |
|--|--|

Акт сдачи-приемки работ № _____ от _____

Мы, нижеподписавшиеся, представитель Исполнителя ОГБУЗ "Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника" должностной Ф.И.О. Врача с одной стороны и Ф.И.О. Заказчика (год рождения), действующий(ая) в интересах Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента (год рождения) с другой стороны, составили настоящий акт в том, что Исполнитель выполнил, а Заказчик принял следующие работы:

| № п/п | В уплату | Наименование услуг | Цена | Кол-во | Сумма | Ф.И.О. врача направляющего на оказание услуг |
|--------|---|--------------------|------|--------|-------|--|
| 1 | должность Ф.И.О. медицинского работника | | | | | должность Ф.И.О. медицинского работника |
| Итого: | | | | | | цифрами |

Итоговая сумма к оплате: Протясю

Работы выполнены в полном объеме, в установленные сроки и надлежащим качеством Стороны претензий друг к другу не имеют.

Сдал _____, должность/ Ф.И.О. Врача

Принял _____, Ф.И.О. пациента

Договор на оказание платных ортодонтических услуг № _____

г. Ангарск

« _____ » _____ 20 ____ г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» (ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника») (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-002055 от 17 марта 2015г.) в лице представителя кастера Ф.И.О. действующего на основании доверенности № _____ от _____, выданной главным врачом Высото Натальей Валерьевной, действующим на основании Устава именуемое в дальнейшем Исполнителем, с одной стороны, и Гражданин (-на) _____ (Ф.И.О. Заказчика полностью, дата рождения, адрес места жительства, телефон)

действующий (ая) в интересах _____

(Ф.И.О. заказчика полностью, дата рождения)

именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Сведения об Исполнителе:

- Наименование и фирменное наименование: областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» (ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника»),
- Адрес места нахождения: 665813, Иркутская область, г. Ангарск, квартал 107, дом 16;
- Адрес места оказания медицинских услуг: 665813, Иркутская область, г. Ангарск, квартал 107, дом 16;
- Свидетельство о государственной регистрации серия 38 номер 003450635, ОГРН 1033800525670, выдано ИФНС по г. Ангарску Иркутской области;
- Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выданной ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-38-01-002055 от 17 марта 2015г., выдана Министерством здравоохранения Иркутской области, (664003, г. Иркутск, ул. Карла Маркса, 29, тел.факс (3952) 24-05-86).
- Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии, медицинской статистике, организации общегородского дела, рентгенологии, стоматологии ортодонтической, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортодонтической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <http://detstomatangarsk.ru>

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязан предоставить заказчику платные ортодонтические услуги, а Заказчик обязуется своевременно оплатить их стоимость в соответствии с настоящим Договором.

| № | Виды платных медицинских услуг | Кол-во | Цена | Сумма к оплате | Исполнитель (врач специалист) | Ф.И.О. врача направляющего на оказание услуг |
|---|--------------------------------|--------|------|----------------|-------------------------------|--|
| | ИТОГО | | | | | |

- 1.2. При заключении настоящего Договора Заказчик подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядок оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг;
- Информацию о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Иные сведения, по требованию Заказчика, связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

- 1.3. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при безусловном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинских организаций платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства от 4 октября 2012г. №1006), Федерального закона РФ от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника».

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**2.1. Исполнитель обязан:**

- 2.1.1. Осуществить в отгоренное время собеседование и осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.
- 2.1.2. Результаты осмотра и выводы, план лечения, развитие возможных осложнений отразить в амбулаторной карте.
- 2.1.3. Ознакомить Заказчика с вариантами лечения брекет-системой, с изготовлением съемного пластинчатого аппарата и с последующей коррекцией лечения на съемном пластинчатом аппарате; с трейскаутомом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план лечения.
- 2.1.4. Поставить в известность Заказчика о возможных в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отразить в амбулаторной карте.
- 2.1.5. Проинформировать Заказчика о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях.
- 2.1.6. Проводить осмотры Заказчика в период лечения брекет - системой.
- 2.1.7. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.8. Выполнить все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и объективным состоянием здоровья Заказчика на момент оказания медицинской услуги.

2.1.9. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение, если есть возможности, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложненных для здоровья пациента в силу специфики самой медицинской технологии. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается пациентом и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать нежелательные последствия.

2.2.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.

2.2.3. Отказать в обслуживании Заказчику, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению стоматологического лечения.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Являться на прием в установленное время.

2.3.2. Предупредить Исполнителя по телефону **[3955]58-66-33 (ЛОБС) (сот.8-950-126-35-96)** о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа.

2.3.3. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложненных или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.4. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры не реже одного раза в год.

2.3.5. Проводить оплату медицинских услуг на условиях настоящего Договора, в соответствии с разделом 5 настоящего Договора.

2.3.6. Удостоверить личной подписью информированное добровольное согласие, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

2.3.7. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

2.3.8. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаться параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.3.9. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.3.10. Заказчик обязан принять результаты выполненных работ путем подписания Акта сдачи-приема работ непосредственно после оказания ортодонтической услуги. (Приложение №2 к настоящему договору).

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получить информацию о состоянии здоровья и проведенном лечении.

2.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой своего лечения, которое уже проведено, при этом предоплата за изготовление капок – либо стоматологических конструкций не возвращается.

2.4.3. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

2.5. Помимо указанных в договоре прав и обязанностей, стороны руководствуются положениями Основ Законодательства РФ «об охране здоровья граждан» №323-ФЗ от 21.11.2011 года (с последующими изменениями и дополнениями), текст которых размещен на видном месте в лечебном учреждении Исполнителя.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

3.1. **Платные ортодонтические услуги оказываются** на основе добровольного волеизъявления Заказчика (его законного представителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, приказами, стандартами (в полном объеме порядка) и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по согласию сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при ортодонтических заболеваниях.

3.4. Исполнитель предоставляет Заказчику (его законному представителю) 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) и применении.

3.5. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

3.6. Услуги оказываются непосредственно после извещения Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установит как дату своего прихода на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

4. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.

4.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

4.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Заказчиком рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.3. Возможный дискомфорт, вызванный спецификой стоматологических методов, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик был заранее предупрежден специалистом, не является показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.4. Определен для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

4.5. Исполнитель дает годовую гарантию на выполненные ортодонтические услуги, после окончания ее последнего этапа и подписания Акта о выполненных услугах, при условии строгого соблюдения предписаний врача.

4.6. Заказчик подтверждает, что до заключения договора ознакомлен с «Положением об установлении гарантийного срока службы» при оказании стоматологической помощи в ОГБУЗ «Липецкая городская детская стоматологическая поликлиника»

(Ф.И.О. и подпись Заказчика (его представителя))

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 5.1. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях предусмотренных п. 4 ст. 13 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 6.1. Расчет суммы стоматологических услуг и работ производится согласно действующему прейскуранту.
- 6.2. Сумма настоящего Договора составляет _____ руб.
- 6.3. График платежей (в случае расщепления платежей, суммы указанной в п.6.2. настоящего договора):
При заключении настоящего Договора 1-й платеж составляет **10 %** / _____ руб. Остальные платежи вносятся ежемесячно равными частями по следующему графику:

| Количество платежей | Срок оплаты | сумма оплаты (в рублях) цифрами/прописью |
|---------------------|---------------------|---|
| 2-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 3-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 4-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 5-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 6-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 7-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 8-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 9-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 10-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |
| 11-й платеж | до (день/месяц/год) | Цифрами/ прописью |

- 6.4. В случае несвоевременной оплаты этапов лечения, Заказчик выплачивает пеню в размере 100% от общей стоимости работ за каждый день просрочки платежа.
- 6.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.
- 6.6. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов и другие обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и других диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан немедленно сообщить об этом Заказчику. При этом Заказчик вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточные и адекватные состоянию Заказчика на момент обращения.

7.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиенических правил, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникающих нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья);
- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;
- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Карте общего состояния здоровья;
- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;
- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

7.3. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача своевременно и полную оплату медицинских услуг.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 8.1. Все споры, разногласия или претензии, возникающие или связанные с настоящим Договором, либо вопросов связанных с его нарушением, применением, исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон, возникающих из настоящего Договора, решаются путем переговоров а при не достижении согласия подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с правилами подсудности.
- 8.2. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, войны, действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непредвиденных обстоятельств и их последствий, включая неосознанное отклонение энергоснабжения, обеспечение Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

- 9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.
- 9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.
- 9.3. До заключения Договора Исполнитель уведомит в письменной форме Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе названного режима лечебно могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок отрицательно скажется на состоянии здоровья потребителя.

_____(Ф.И.О. и подпись Заказчика (его представителя))

10. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 10.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством применительно для данного вида договоров.
- 10.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Заказчик делает об этом отметку амбулаторной карте.

10.3. В случае, когда Заказчик не выполняет рекомендации Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Заказчика следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного укрепления Исполнителем равносильно расторжению договора в одностороннем порядке.

11. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН:

| | |
|---|--|
| <p>Исполнитель: ОГБУЗ «Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника» адрес: 665813, Иркутская обл., г. Ангарск, квартал 107, дом 16, телефон 8(3955)52-26-83;52-32-30 ИНН:КПП 3801015607/3801010001 Расчетный счет 40601810500003000002 Наименование банка: Отделение Иркутск г. Иркутск Лицевой счет 80302030137, БИК 042520001, ОКПО 05349345 ОГРН 1033800525670 ОКВЭД 85.13 ОКТМО 25603101 Главный врач _____ Н.В. Высота « _____ » _____ 20 ____ г. Представитель - Исполнитель действующий на основании доверенности № _____ от _____ 20 ____ г. _____ _____ (должность) _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись)</p> | <p>Заказчик: Ф.И.О. законного представителя, дата рождения) в интересах несовершеннолетнего (Ф.И.О., дата рождения) ПАСПОРТ _____ _____ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ _____ _____ ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ _____ _____ Ф.И.О. законного представителя / _____ (подпись) « _____ » _____ 20 ____ г.</p> |
|---|--|

Приложение №1 к договору
 оказания платных ортодонтических
 услуг № _____ от _____

СОГЛАШЕНИЕ

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
 (информированное согласие)**

Я, (Ф.И.О.Заказчика, год рождения, адрес места жительства),действующий в интересах (Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента, год рождения), в рамках договора об оказании платных ортодонтических услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ОГБУЗ "Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника". При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работницы ОГБУЗ "Ангарская городская детская стоматологическая поликлиника" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне в рамках Территориальной программы госгарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Иркутской области, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и 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 лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении осмотра, диагностических и лабораторных исследований, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, по независящим от медицинских работников причинам.
4. Я согласен, с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения осложнения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственность за их возникновение.
5. Я осознано и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в медицинской организации

| № | Виды платных медицинских услуг |
|---|--------------------------------|
| | |
| | |

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с настоящим договором.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Заказчик

Ф.И.О. (год рождения, адрес места жительства)
 в интересах (Ф.И.О.год рождения)

_____ (подпись)

дата _____

Исполнитель

Представитель Исполнителя, действующий на основании
 доверенности № _____ от _____ 20 ____ г.

кассир _____ (Ф.И.О.)

_____ (подпись)

дата _____