**Я**, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области, правилами внутреннего распорядка Муниципального бюджетного учреждения здравоохранения стоматологическая поликлиника № 6 (далее МАУЗ СП № 6), правами пациента ознакомлен(а).

Мне известно и понятно, что интересующие меня виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые МАУЗ СП № 6, я имею возможность получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, являющихся участниками вышеуказанных программ.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (лечащего врача), предоставляющей 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 моем состоянии здоровья.

Мне разъяснено, что я могу получить в МАУЗ СП № 6 медицинскую услугу (услуги) нескольких наименований в соответствии с моим заказом. Перечень услуг и их стоимость установлены в прейскуранте. Запрашиваемые мною услуги могут являться отдельным видом медицинской услуги, осуществляться в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с Прейскурантом, со стоимостью запрашиваемых мною медицинских(ой) услуг(и) и прошу МАУЗ СП № 6 заключить со мной договор об оказании медицинских услуг. Оплату медицинских (и иных) услуг гарантирую.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

*подпись Ф.И.О.*

**Д О Г О В О Р № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных стоматологических услуг**

г. Челябинск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Муниципальное автономное учреждение здравоохранения стоматологическая поликлиника № 6, в лице главного врача Мозговой Елены Александровны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и гражданин **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый в дальнейшем **Потребитель/Заказчик** с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1 **Исполнитель** оказывает платные стоматологические услуги (далее - услуги) **Потребителю**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** в соответствии с перечнем видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-74-01-005376 от 27.12.2019 года,\* по Акту об оказании услуг (далее - Акт), являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. **Потребитель/Заказчик** оплачивает оказанные **Исполнителем** услуги по Акту.

1.3. Настоящий договор до достижения **Потребителем** 14 лет заключается исключительно с **Заказчиком**, являющимся родителем, усыновителем, опекуном последнего, либо лицом, действующим от их имени по доверенности. Заключение договора с **Потребителем** 14-17 лет возможно с письменного согласия законного представителя - родителей, усыновителей или попечителя.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. **Исполнитель** обязан:

2.1.1. Обеспечить предоставление квалифицированных услуг **Потребителю** в соответствии с Актом, подписываемом **Потребителем/Заказчиком**. Дата оказания услуги и гарантийный срок указывается в Акте.

2.1.2. Ознакомить **Потребителя/Заказчика** с условиями предоставления услуг, планом, методами и сроками лечения, стоимостью, возможными осложнениями и методами устранения последних.

2.1.3. Информировать **Потребителя/Заказчика** о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, как на этапах лечения, так и по его завершению.

2.1.4. По требованию **Потребителя/Заказчика** составить смету на платные медицинские услуги.

2.2. **Потребитель/Заказчик** обязан:

2.2.1. Предоставить необходимую для **Исполнителя** достоверную информацию о состоянии здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств.

2.2.2. Подписать информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства.

2.2.3. Оплатить оказанные **Исполнителем** услуги в соответствии с пунктом 3 настоящего договора.

2.2.4. Соблюдать назначения/рекомендации лечащего врача, включая явки на прием, в том числе для продолжения незавершенного лечения и замены временных ортопедических конструкций, явку на профилактические осмотры и профессиональную гигиену, соблюдение режима гигиены, питания и уход за ротовой полостью после проведенных процедур.

2.2.5. При ухудшении состояния здоровья, связанного с проведением медицинских манипуляций, сообщить об этом лечащему врачу, по его назначению явиться на прием.

2.3. **Исполнитель** имеет право:

2.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем, стоимость лечения, оказывать дополнительные услуги с согласия **Потребителя/Заказчика**. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

2.3.2. При необходимости направлять **Потребителя** в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых **Потребителем/Заказчиком**.

2.3.3. Заменить лечащего врача другим специалистом соответствующей квалификации.

2.4. **Потребитель/Заказчик** имеет право:

2.4.1. Получить информацию о результатах проводимого лечения, состоянии здоровья после проведенного лечения. По письменному заявлению получить справку, выписку, копию медицинской карты.

2.4.2. Отказаться от услуг **Исполнителя**, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных **Исполнителем** расходов по настоящему договору.

2.4.3. При обнаружении недостатков оказанной услуги **Потребитель/Заказчик** требовать их устранения в соответствии со статьей 29 Закона о защите прав потребителей.

**3.Стоимость работ и порядок расчётов.**

3.1. Стоимость выполненных платных услуг определяется по прейскуранту, действующему на момент их оказания.

3.2. Оплата услуг осуществляется в кассу. Возможны безналичные расчеты банковской картой и переводом на счет.

3.3. Оплата услуг производится **Потребителем/Заказчиком** в день оказания услуги, за исключением ортопедического лечения, когда вносится авансовый платеж в размере не менее 30% от общей стоимости услуги.

3.4. После оплаты **Потребителю/Заказчику** выдается контрольно-кассовый чек и квитанция, содержащая перечень, объем и стоимость оказанных услуг или иной бланк строгой отчетности.

**4. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Возникающие спорные вопросы, разногласия решаются с привлечением членов экспертной комиссии учреждения, при недостижении соглашения сторон - в судебном порядке.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения ими взятых на себя обязательств.

5.2. Настоящий договор действует в течение одного года с момента вступления в силу и может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год, если ни одна из сторон не известит в письменном виде другую сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор за 10 (десять) календарных дней. Количество пролонгаций не ограничено.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон в письменном виде и другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**6. Дополнительные условия**

6.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное решение **Потребителя/Заказчика** при условии заключения настоящего договора.

6.2. МАУЗ СП № 6 является клинической базой ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

6.3. Гарантийный срок устанавливается на пломбы и ортопедические конструкции.

6.4. Договор заключается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. **Исполнитель** вправе применять факсимильное воспроизведение подписи, являющееся аналогом собственноручной подписи и имеющее юридическую силу.

6.5. Подписывая настоящий договор, **Потребитель/Заказчик** дает согласие на осуществление аудио-, видеозаписи, сбор, хранение и обработку персональных данных для достижения целей **Исполнителем** обязательств по настоящему договору.

6.6. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность МАУЗ СП № 6, содержится в лицензии, представленной на информационных стендах МАУЗ СП № 6 и сайте учреждения.

**7.Сведения о сторонах договора, реквизиты**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  Муниципальное автономное учреждение здравоохранения стоматологическая поликлиника № 6 (МАУЗ СП № 6)  Адрес: 454017, г. Челябинск, ул. Румянцева, 28 тел.регистратуры: 729-96-09 Сайт: sp6chel.ru  ОГРН 1027402823293(свид. выдано Инспекцией МНС России по Металлургическому р-ну г. Челябинска, 25.12.2002)  ИНН 7450004946 КПП 746001001  ОКПО 31211854 ОКВЭД 86.23  Лицензия № ЛО-74-01-005376 от 27.12.2019г.  (Министерство здравоохранения Челябинской  области, г.Челябинск, ул.Кирова,165 тел.(351) 240-22-22  Главный врач МАУЗ СП № 6    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Мозговая Е.А.*/ | **ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК**  *Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*    *«Со всеми пунктами договора ознакомлен и согласен»*  *Экземпляр договора на руки получен*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *подпись Ф.И.О.* |

\***Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность МАУЗ СП № 6 в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:**

1. 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:

медицинской статистике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; управлению сестринской деятельностью; эпидемиологии;

2. 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.