Приложение №6

**Уведомление**

Настоящим подтверждаю, в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья, а также проинформирован(а) о возможности получения соответствующих 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. Выбор мной платных медицинских услуг является осознанным и добровольным. Ознакомлен(а) с Прейскурантом цен, Положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, Порядком оказания платных медицинских услуг (Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг), размещенными на сайте ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа (медицинская организация) - www.stomat4ufa.ru, информационном стенде в регистратуре медицинской организации. Обязуюсь соблюдать правила поведения в медицинской организации.

подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Уфа «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортоcтан Стоматологическая поликлиника №4 города Уфа, ул. 50 лет СССР, д. 45 А, ОГРН 1020202857443, ИНН 0276015981 свидетельство серии 02№007164914, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Республике Башкортостан от 19.11.1993 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00349752 от 25.10.2017 г., лицензирующий орган Министерство здравоохранения РБ (450002, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23, тел. 8(347)218-00-81, 8(347)218-00-47) в лице главного врача Алетдиновой Светланы Минифаритовны***,*** действующего на основании Устава, и «Заказчик»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт РФ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан дата выдачи - зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель» заключили настоящий договор о следующем:

1. **Предмет договора, объем услуг.**

1.1. По настоящему договору Учреждение от лица «Исполнитель» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обязуется оказать Потребитель медицинские услуги, в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, действующим в Учреждении на момент оказания медицинской услуги, а **Потребитель обязуется принять и оплатить эти услуги.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги  по приказу  804н | Наименование услуги | ККол-  во | Срок исполнения | Цена по прейскуранту, руб. | Итого сумма к оплате,  руб. |
|  |  |  |  |  |  |

1.2. Стоимость договора (прописью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. В момент подписания настоящего договора «Потребитель» ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в выписке из реестра лицензий на медицинскую деятельность, прейскурантом цен «Исполнителя», понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 города Уфа участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребитель (Заказчик) проинформирован о возможности получить соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(подпись) (расшифровка подписи)**

1.4. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях, согласно режима работы;

1.5. Подписывая настоящий договор, Потребитель подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство, а так же о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору).

1.6.Потребитель в доступной форме уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут быть ему оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Республике Башкортостан, и в соответствии с правилами их предоставления, и отказывается от получения ее на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе (Приложение № 2 к договору).

1.7. «Исполнителем» при оказании медицинских услуг применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций и плана лечения, составленного врачом-стоматологом, оказывающим медицинские услуги, информация о которых предоставлена Пациенту в доступной форме при заключении настоящего  
договора. Также Пациенту в доступной форме предоставлена информация о том, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.8. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, режимом работы Учреждения, перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, а так же Правилами поведения пациентов и посетителей, которые действуют в Учреждении и находятся для ознакомления на стенде в холле Учреждения.

1.9. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта оказанных медицинских услуг (Приложение № 4 к договору).

**2**.**Права и обязанности сторон**

2.1.**Потребитель обязуется:**

2.1.1. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

2.1.2. соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. 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 (Заказчика);

2.1.3. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.4. соблюдать внутренний режим утвержденный Исполнителем;

2.1.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных или иных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

2.1.7. согласовывать   с   лечащим   или   дежурным врачом   употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, других методов оздоровления и лечения и т.д.

2.1.8. принимать во внимание и согласиться с тем, что после оказания стоматологических услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком медицинской услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы;

2.1.9. при невозможности посещения врача в назначенное время заранее предупредить об этом через регистратуру по телефону: 8(347)232-15-33 или 8(347)248-47-97(ул.50 лет СССР,45а) или 8(347)241-40-82(пр.Октября,44/1);

2.2.**Потребитель имеет право:**

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.2.4. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.2.5. требовать   сохранения   конфиденциальности (врачебной тайны); информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии

2.2.6. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.2.7. получить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих 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

2.3.**Исполнитель обязуется:**

2.3.1. при предоставлении платных мед. услуг Исполнитель обеспечивает соблюдение порядков оказания медицинской помощи, а так же стандартов медицинской помощи, в случае если медицинская помощь предоставлялась в объёме стандартов медицинской помощи;

2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными  медицинскими технологиями и в срок, указанный    в данном Договоре;

2.3.2. использовать     в      процессе    лечения    только    лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.3.3. в случае    невыполнения    взятых обязательств   возместить   Потребителю стоимость лечения.

2.4.**Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима утвержденного Исполнителем;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания   и других предписаний;

2.4.2. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

**3. Порядок расчетов**

3.1. Оплата предоставленных услуг производится в день оказания соответствующей услуги, в случае оказания медицинских услуг в стационаре учреждения оплата производится в течении 5 дней, способом внесения наличных денег в кассу ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 города Уфа, либо безналичным расчетом через терминал с использованием дебетовых и кредитных карт Visa, Mastercard, Мир;

3.2 При ортопедическом, ортодонтическом лечении оплата услуг «Потребителем» осуществляется в форме 100% предоплаты в момент заключения настоящего договора. По согласованию сторон оплата может быть разделена на 2 части- аванс и расчет. При этом аванс должен составлять не мене 30% от общей суммы лечения, оставшаяся часть неоплаченной суммы должна быть оплачена Заказчиком не позднее даты последнего посещения.

3.3. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличения срока и объёма оказываемых услуг (по согласованию сторон), увеличения фактических затрат на лечение. Проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору и «Заказчик» производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг «Исполнитель» в течение 15–ти дневный срок возвращает «Заказчику» соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг.

**4. Обработка персональных данных**

4.1. В соответствии со ст. 9 ФЗ 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", Потребитель дает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, ИНН, СНИЛС, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные Пациенту медицинские услуги.

4.2. Персональные данные Потребителя будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

4.3. Подписанием настоящего договора Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.

4.4. Потребитель оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Учреждения по почте, при этом Учреждение обязано прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Ответственность сторон**

5.1. «Исполнитель» несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством.

5.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору  Исполнитель  несет  ответственность  в   размере     реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением, претензии по надлежащему исполнению медицинских услуг от **«Потребителя»** принимаются в течение 30 дней в письменной форме.

5.3. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.4. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

* назначить новый срок оказания услуг;
* уменьшить стоимость предоставленной услуги;
* определить другого специалиста для исполнения услуги;
* вернуть денежные средства по договору, а также возместить все убытки по договору.

5.5. Исполнитель освобождается   от   ответственности   за     неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем   условий настоящего Договора.

5.6. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Учреждению в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Пациент также обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

5.7. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Учреждения, повлекшее за собой причинение ущерба Учреждению, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

5.8. За нарушение рекомендаций Учреждения, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Потребитель обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

**6. Срок действия договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

6.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

6.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в 10–дневный срок с момента получения. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

6.4. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются законодательством РФ и РБ, ФЗ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», ФЗ от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**7. Прочие условия.**

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При  невозможности  достижения  согласия  спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба) размещены на стендах учреждения.

7.2. Медицинская карта стоматологического больного «Потребителя» существует в единственном экземпляре и хранится у «Исполнителя». Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется «Исполнителем» по письменному заявлению «Потребителя» при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.3. Настоящий договор вступает в  силу  с  момента  подписания  и  завершается получением Потребителем Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги  является заключение по результатам диагностического обследования или выписка  из  истории болезни).

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из   сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны

7.5. «Потребитель» настоящим пунктом подтверждает свое согласие на проведение необходимой в рамках оказания медицинских услуг фото- или видеофиксации медицинских вмешательства или его результатов с целью учета динамики изменений «Потребителя» в ходе получения медицинских услуг. Фото-, видеоматериалы, выполненные в рамках настоящего Договора, являются предметом врачебной тайны и собственностью «Исполнителя». «Потребитель» подтверждает свое согласие на то, что «Исполнитель» вправе использовать полученные в ходе оказания медицинских услуг «Потребителю» по настоящему Договору фото- и видеоматериалы для рекламных, образовательных и научных целей без массового опубликования или распространения в какой-либо форме, а именно, для демонстрации примера действия определенных процедур и стоматологических материалов. В случае использования «Исполнителем» фото-, видеоматериалов «Потребителя» «Исполнитель» гарантирует их дезидентификацию (обезличивание).

7.6. В случае подписания договора факсимильной подписью, она имеет такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

**8. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность.**

В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00349752от 25.10.2017г., лицензирующий орган Министерство здравоохранения РБ (450002, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23, тел. 8(347)218-00-81, 8(347)218-00-47 ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа осуществляет медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»). Выписка из реестра лицензией по состоянию на 21.03.2023 года размещена на официальном сайте учреждения http:// stomat4.ru / и на стендах в холлах учреждения.

**«Исполнитель» «Потребитель»** (законный представитель «Потребитель»):

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Республики Башкортостан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа Паспорт, иной документ, удостоверяющий личность:

Адрес: 450071, РБ, г. Уфа, Октябрьский район, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул.50 лет СССР, д.45а \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. 8(347)2321588 (номер, кем и когда выдан)

Эл. почта: [UFA.SP4@doctorrb.ru](mailto:UFA.SP4@doctorrb.ru)

Сайт в сети «Интернет». [www.stomat4.ru](http://www.stomat4.ru) Адрес места жительства, телефон:

Реквизиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 01807340 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 0276015981 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 027601001 «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Расчетный счет 40102810045570000067

в отделении – НБ Республики Башкортостан

л/счет 20112042290

код дохода 85400000000000131

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Алетдинова С.М. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 1 к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 №1051н)

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, ФИО, дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,вотношении:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. №390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия; термометрия; тонометрия; лабораторные методы обследования; функциональные методы обследования; рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа.

Медицинским работником: ФИО врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (Ф. И. О. (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (Ф. И. О. (при наличии) медицинского работника)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г

(Дата оформления)

Я предупрежден(а) и согласен(а), что с целью соблюдения общественного порядка, обеспечения личной безопасности работников поликлиники, пациентов и посетителей, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений и административных правонарушений, а также соблюдения санитарно-эпидемиологических правил, в помещениях поликлиники ведется видеосъемка.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

Приложение № 2 к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

В соответствии со ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 21.07.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,желаю получить платные медицинские услуги в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я в доступной для меня информационной форме ознакомлен(а) с порядком оказания медицинских услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи вт Республике Башкортостан.

От предложенной мне альтернативной медицинской помощи и бесплатной медицинской помощи  (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(наименование услуги)

предложенной мне в порядке очередности на «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. отказываюсь.

Решение об отказе получения медицинской услуги бесплатно принято мной добровольно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Без (добровольно - прописью) какого-либо принуждения, в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлена со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г.

(Ф.И.О. пациента)                                    (подпись пациента)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
|  |  | Приложение № 3 к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (в соответствии с приказом №112/6-П от 12.01.2015г). |  |
|  |
|  |
| ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **УВЕДОМЛЕНИЕ О НЕСОБЛЮДЕНИИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | |
| Настоящим **ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа** уведомляет пациента (ФИО, дата рождения, адрес места жительства) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**о том, что при оказании платной медицинской услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование услуги), несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (указать ФИО, должность специалиста)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, оказывающего платную медицинскую услугу в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное (указать, что именно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Должность, ФИО, подпись ответственного лица ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа  Дата получения \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО полностью собственноручно | | |

Приложение № 4

к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**АКТ**

**выполненных платных медицинских услуг**

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. Уфа

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа, ул. 50 лет СССР, д. 45 А, ОГРН 1020202857443, ИНН 0276015981 свидетельство серии 02№007164914, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №2 по Республике Башкортостан от 19.11.1993 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00349752от 20.10.2023 г., лицензирующий орган Министерство здравоохранения РБ (450002, г. Уфа, ул. Тукаева, д.23, тел. 8(347)218-00-81, 8(347)218-00-47) в лице главного врача Алетдиновой Светланы Минифаритовны***,*** действующего на основании Устава, и «Заказчик»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт РФ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан дата выдачи зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Учреждение оказало Пациенту платные медицинские услуги, предусмотренные договором оказания платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г., в период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г., которые отвечают требованиям, предъявляемым договором, оказаны в полном объеме, в оговоренные сроки и надлежащим образом. Лицо, оказавшее медицинские услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование и пункт медицинской услуги согласно прейскуранту | | Исполнитель Врач-стоматолог | | Сроки получения услуги | Гарантийный срок | | Кол-во | | | | Цена по прейскуранту | | | Итого сумма к оплате | |
| Код по МКБ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |
| Итого: | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  |  | |

Примечание согласно Положению о гарантийных сроках в ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфа:

-При КПУ зубов 13-18 - гарантийные сроки снижаются на 30%.

-При КПУ зубов >18 - гарантийные сроки снижаются на 50%.

-При неудовлетворительной гигиене полости рта - гарантийные сроки уменьшаются на 70%.

1. Пациент принял оказанные Учреждением услуги и претензий к их выполнению не имеет.

**«Исполнитель» «Потребитель»**

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа

450071, г. Уфа, ул.50 лет СССР, д.45а

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО врача **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 5

к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

к Договору N\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ г.

г. Уфа « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфы в лице главноговрача Алетдиновой Светланы Минифаритовны действующей на основании Устава именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гр. ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а вместе – Стороны, пришли к Соглашению о внесении изменений в договор №\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. следующего характера:

1. п.\_\_\_\_\_\_ договора изложить в следующей редакции «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».

2. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**«Исполнитель» «Потребитель»**

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа

450071, г. Уфа, ул.50 лет СССР, д.45а

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Алетдинова С.М. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 6

к договору \_\_\_\_\_\_от  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАШЕНИЕ**

о расторжении Договора N\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ г.

заключенного между ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфы

г. Уфа « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 4 г. Уфы, в лице главного врача Алетдиновой Светланы Минифаритовны действующей на основании Устава именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гр. ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, а вместе – Стороны, заключили настоящее Соглашение о расторжении Договора:

1. Договор N \_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_г . на оказание платных медицинских услуг расторгается с момента подписания настоящего соглашения обеими сторонами.

2. Стороны по исполнению Договора претензий друг к другу не имеют.

3. Обязательства Сторон по Договору прекращаются с момента расторжения.

4. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**«Исполнитель» «Потребитель»**

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №4 г. Уфа

450071, г. Уфа, ул.50 лет СССР, д.45а

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Алетдинова С.М. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (подпись) (Ф.И.О.)