|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР №0 \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **на оказание платных стоматологических услуг** | | | | | | | | | | |
| г. Оренбург «\_» \_\_\_\_\_\_ 2019 г. | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Государственное автономное учреждение здравоохранения «Оренбургская районная больница», (ОГРН 1035605504681, внесение записи 31.01.2003 г. Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам Ленинского района г. Оренбурга), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе Головко Юлии Александровны, действующего на основании Приказа №0763-15 от 03.09.2015г, лицензии на медицинскую деятельность №ЛО-56-01-002548 от 02.08.2019 г., с одной стороны, и Гражданин (ка) или его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый (ая )в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** | | | | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю) стоматологические услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего Договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской стоматологической услуги. | | | | | | | | | | |
| 1.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии ортопедической, стоматологии детской. Перечень платных услуг предоставляемых в соответствии с договором: | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| № ПП | Наименование услуг | | | | Количество услуг | | Цена одной услуги, руб. | | Стоимость медицинской услуги, руб. | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |
| Всего |  | | | | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Сумма прописью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | |
| 1.3. При заключении настоящего Договора Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Оренбургской области. | | | | | | | | | | |
| 1.4. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-56-01-002498 от 15.05.2019 г.), требований Закона РФ "О защите прав потребителей", Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". | | | | | | | | | | |
| **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется: | | | | | | | | | | |
| 2.1.1. Обеспечить качество стоматологической услуги с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материала. | | | | | | | | | | |
| 2.1.2. Незамедлительно информировать Заказчика о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги. | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. Выдать Заказчику кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег. | | | | | | | | | | |
| 2.1.4. Отказаться от исполнения обязательств при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги. | | | | | | | | | | |
| 2.2. Заказчик обязуется: | | | | | | | | | | |
| 2.2.1. Своевременно оплатить стоимость услуги. | | | | | | | | | | |
| 2.2.2. Точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной Заказчику. | | | | | | | | | | |
| 2.3. Заказчик имеет право: | | | | | | | | | | |
| 2.3.1. На предоставление ему Исполнителем полной, доступной для понимания , своевременной информации о получаемой медицинской услуге. | | | | | | | | | | |
| 2.3.1. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактических затрат. | | | | | | | | | | |
| **3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | |
| 3.1. Платные услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счёт средств Заказчика. | | | | | | | | | | |
| 3.2. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Заказчику. | | | | | | | | | | |
| 3.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами. | | | | | | | | | | |
| 3.4. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений. | | | | | | | | | | |
| 3.5. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством. | | | | | | | | | | |
| **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ** | | | | | | | | | | |
| 4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. | | | | | | | | | | |
| 4.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата). | | | | | | | | | | |
| **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | | | | | | | | | |
| 5.1. В случае ненадлежащего оказания услуги Заказчик вправе по своему выбору потребовать: | | | | | | | | | | |
| 5.1.1. Безвозмездного устранения недостатков услуги. | | | | | | | | | | |
| 5.1.2. Соответствующего уменьшения стоимости услуги. | | | | | | | | | | |
| 5.1.3. Возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях. | | | | | | | | | | |
| **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** | | | | | | | | | | |
| 6.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке. | | | | | | | | | | |
| 6.2. Стороны пришли к соглашению, что при подписании Договора и дополнительных соглашений к нему допускается факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя | | | | | | | | | | |
| **7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН:** | | | | | | | | | | |
| ГАУЗ «Оренбургская РБ» 460041, г. Оренбург, Нежинское шоссе, 4 Тел.: (3532) 33–21–16 ОГРН 1035605504681 (Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 10 по Оренбургской области) Министерство финансов Оренбургской области (ГАУЗ «Оренбургская РБ» л/с 039.11.098.0) ИНН 5638008289, КПП 561001001 Р/с 40601810700003000001 в ГРКЦ ГУ Банка России по Оренбургской области БИК 045354001 | | | |  | Заказчик: Фамилия:  Имя:  Отчество:  Паспорт(номер): Дата выдачи: Кем выдан: Адрес места жительства:  Телефон: | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.А. Головко | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) | | | | | |

Подпись