город Тула «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, до подписания договора уведомлен(а) исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, представляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. В наглядной и доступной форме я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Мне предоставлена в доступной форме информация 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 ОМС населения Тульской области, платные услуги оказываются по моему желанию, с прейскурантом исполнителя на платные медицинские услуги ознакомлен(а), со стоимостью лечения согласен(а). С положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы» ознакомлен(а), с условиями, в т.ч. сроками гарантийных обязательств, согласен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия, инициалы)

**ДОГОВОР №\_\_\_\_**

**на оказание платных стоматологических услуг**

1. ГУЗ «Городская больница № 7 г. Тулы» (юридический адрес: г. Тула, ул. Тимирязева, д. 97а, тел. 8(4872) 21-52-56, ИНН/КПП 7107031043/710701001, ОГРН 1037101121716), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», лицензия на осуществление медицинской деятельности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г., выданная министерством здравоохранения Тульской области, в лице главного врача Торшхоевой Тамилы Тухановны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и потребитель (заказчик) гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество) (число, месяц, год рождения)

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, номер, кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключают настоящий договор на оказание платных медицинских услуг.

2. Сумма договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

3. Исполнитель обязуется:

3.1. Качественно выполнить услуги, указанные в приложении № 1 к договору.

4. Потребитель (заказчик) обязуется:

4.1. Оплатить услуги, указанные в приложении № 1 к договору, согласно действующему прейскуранту.

4.2. Выполнять рекомендации и требования врача, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги.

5. Срок оказания услуг:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Сроки гарантийных обязательств на виды услуг, оказанные по настоящему договору, ввиду их специфики установить не представляется возможным.

7. Особые условия и рекомендации: потребитель (заказчик) предупрежден о возможных осложнениях.

8. В соответствии с законодательством РФ исполнитель несет ответственность перед потребителем (заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителю.

9. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего договора допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи) исполнителя, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего договор лица.

10. Претензии и споры, возникающие между потребителем (заказчиком) и исполнителем разрешаются по соглашению сторон или в соответствии с законодательством РФ.

11. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.

12. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон или в одностороннем порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

13. Настоящий договор оформлен в 2 (двух) экземплярах (по одному для каждой из Сторон), которые имеют одинаковую юридическую силу.

**Подписи сторон:**

**Исполнитель Потребитель (заказчик)**

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (фамилия, инициалы) (подпись) (фамилия, инициалы)

**Приложение № 1 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | № услуги по прейскуранту | Наименование услуги | Кол-во | Цена | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** | | | | |  |

Медицинский работник\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Медицинские услуги оказаны в полном объеме, надлежащего качества, стороны претензий друг к другу не имеют.**

Потребитель (заказчик)\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/