

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Балашиха « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Балашихинская стоматологическая поликлиника № 1» (ГАУЗ МО «БСП № 1») именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Комарова Сергея Георгиевича, действующего на основании Устава (ОГРН 1035000719599, Лист записи ЕГРЮЛ от 01.04.2021 г., выдан Инспекцией ФНС России по г. Балашихе Московской области) и Лицензии № ЛО-50-01-010469 от 10.01.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, тел. (498) 602-03-01, minzdrav@mosreg.ru), а также сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_, с одной Стороны, и (ФИО лечащего врача)

\_\_\_\_\_, (ФИО Потребителя) и \_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя Потребителя\*) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой Стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги всеми возможными методами, и в соответствии с разрешенным Лицензией перечнем услуг, составляющим медицинскую деятельность Исполнителя и представленным в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте Исполнителя - www.mu-bsp.ru в разделе «Информация» и на информационных стендах в помещениях Исполнителя.

1.2. Срок оказания платных медицинских услуг и их перечень зависит от объема предстоящей работы и определяется индивидуально с каждым Потребителем на основе плана лечения.

2. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг устанавливается в соответствии с действующими тарифами на основании настоящего Договора и спецификации платных медицинских услуг, являющейся неотъемлемой его частью.

2.2. Оплата производится либо непосредственно после фактического оказания платных медицинских услуг в размере 100 %, либо на основе предварительной оплаты в размере согласованном Сторонами.

2.3. В случае несвоевременной оплаты или отказа Потребителя продолжать лечение по собственному желанию лечение прекращается. Также в случае отказа Потребителя продолжать лечение сумма оплаты по решению Исполнителя может быть возвращена на основе письменного обращения Потребителя, за вычетом расходов ранее понесенных Исполнителем по оказанию платных медицинских услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю квалифицированные, качественные медицинские услуги в соответствии с имеющимися условиями и особенностями заболевания.

3.1.2. Предоставлять Потребителю достоверную информацию об оказываемых платных медицинских услугах, устно либо письменно ознакомить с планом лечения, порядком оказания медицинской помощи и имеющимися стандартами, а также получить добровольное информированное согласие Потребителя на оказание платных медицинских услуг и медицинское (стоматологическое) вмешательство.

3.1.3. Проводить необходимое обследование полости рта.

3.1.4. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. В случае возникновения каких-либо осложнений в процессе оказания платных медицинских услуг и/или выявления анатомических особенностей изменить план лечения с согласия Потребителя.

3.2.2. Расторгнуть Договор в случае отказа от оплаты медицинских услуг, необходимость оказания которых обусловлена изменением плана лечения, или в случае неявки Потребителя на прием к врачу в назначенное время (более 2-х раз) в одностороннем порядке.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.2. Своевременно оплачивать оказанные платные медицинские услуги.

3.3.3. Выполнять назначения врача.

3.3.4. Приходить на прием в назначенное время.

3.3.5. Сохранять настоящий Договор и документы об оплате, свидетельствующие о гарантийных обязательствах Исполнителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На получение доступной информации по поводу своего заболевания и оказываемых платных медицинских услугах, возможных осложнениях в процессе оказания платных медицинских услуг и после.

3.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими юридическое право Исполнителя на оказание платных медицинских услуг, и другой информацией, определенной в разделе III постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Гарантийный срок на все виды услуг – один год, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему Договору.

4.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя Потребитель имеет право на безвозмездное устранение недостатков оказанных платных медицинских услуг.

4.3. При несоблюдении врачебных рекомендаций – Исполнитель не несет ответственности за осложнения после оказанных платных медицинских услуг и не несет гарантийных обязательств.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор действует с момента его подписания до момента полного исполнения обязательств по нему Сторонами.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

5.3. Договор может быть расторгнут по другим обстоятельствам, предусмотренных законодательством РФ.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменной форме по соглашению Сторон.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров Сторон или согласно действующему законодательству РФ.

6.2. Дополнительные условия оказания платных медицинских услуг могут быть определены в приложениях и дополнениях к настоящему Договору, которые в случае их подписания являются неотъемлемой его частью.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_  
(ФИО Потребителя)

\_\_\_\_\_  
или законного представителя Потребителя\*)

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГАУЗ МО «БСП № 1»

ОГРН 1035000719599 ИНН/КПП 5001044169/500101001

ОКТМО 46704000 ОКПО 70444483 ОКВЭД2 86.23

ОКОПФ 73 ОКФС 13 ОКОПФ 75201 ОКОГУ 2300229

МЭФ Московской области (л/с 30825221340

ГАУЗ МО «БСП № 1»)

ГУ Банк России по ЦФО/УФК по Московской

области г. Москва, к/с 40102810845370000004,

БИК 004525987, р/с 03224643460000004800

143905, Московская область, г. Балашиха,

ул. 40 лет Победы, дом 18

тел./факс +7 (495) 523-71-73, e-mail: info@mu-bsp.ru

СПЕЦИАЛИСТ:

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Главный врач

М.П.

С.Г. Комаров

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\* Заполняется при несовершеннолетии или недееспособности Потребителя

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

**медицинских услуг**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Настоящим документом подтверждается, что ГАУЗ МО «БСП № 1» (ИНН 5001044169 КПП 500101001, ОГРН 1035000719599, ОКПО 70444483) оказывают

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя)  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя Потребителя\*)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя Потребителя\*)

Потребителю по Договору следующие виды платных медицинских услуг:

№ п/п	Вид услуги (указывается порядковый номер позиции прейскуранта, либо наименование услуги)	Количество, шт.	Сумма, руб., коп
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Примечание: незаполненные строки в таблице должны быть прочеркнуты.

получил (а) разъяснения по поводу диагноза:

- Получил (а) информацию: об особенностях течения заболевания; вероятной длительности лечения; о вероятном прогнозе.
- Мне предложен план лечения, отраженный в амбулаторной карте.
- Мне известен перечень медицинских услуг, предоставляемых без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальной программы.
- Мне известен перечень медицинских услуг предоставляемых платно и тарифы на медицинские услуги, и я согласен (на) на оказание медицинских услуг на платной основе.
- Мне известен порядок оказания платных медицинских услуг и перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ МО «БСП № 1» в соответствии с Лицензией № ЛО-50-01-010469 от 10.01.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области.
- Мне известен уровень квалификации и профессионального образования медицинского работника непосредственно оказывающего платную медицинскую услугу.
- Я извещен (а) о необходимости подготовки к лечению, протезированию.
- Я получил (а) указания и рекомендации по уходу за полостью рта.
- Я извещен (а), что несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья и течении заболевания.
- Я получил (а) информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.
- Я извещен (а) о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.
- Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.
- Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения.

Всего стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_  
(указывается

\_\_\_\_\_ сумма \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.  
\_\_\_\_\_ прописью)

Беседу провел врач \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись) М.П. (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Медицинская сестра \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Я согласился (ась) с предложенным планом лечения, в чем  
расписался (ась) собственноручно

Потребитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

Потребитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

Законный представитель Потребителя\* \_\_\_\_\_  
(подпись)

или  
Законный представитель  
Потребителя\* \_\_\_\_\_

Отметка бухгалтерии об оплате \_\_\_\_\_

(подпись)

\* Заполняется при несовершеннолетии или недееспособности Потребителя

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Балашиха « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Московской области «Балашихинская стоматологическая поликлиника № 1» (ГАУЗ МО «БСП № 1») именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Комарова Сергея Георгиевича, действующего на основании Устава (ОГРН 1035000719599, Лист записи ЕГРЮЛ от 01.04.2021 г., выдан Инспекцией ФНС России по г. Балашихе Московской области) и Лицензии № ЛО-50-01-010469 от 10.01.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, тел. (498) 602-03-01, minzdrav@mosreg.ru) а также сертифицированного специалиста

\_\_\_\_\_, с одной Стороны, и

(ФИО лечащего врача)

\_\_\_\_\_, (ФИО Потребителя) / \_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя Потребителя\*) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой Стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги всеми возможными методами, и в соответствии с разрешенным Лицензией перечнем услуг, составляющим медицинскую деятельность Исполнителя и представленным в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на сайте Исполнителя - www.mu-bsp.ru в разделе «Информация» и на информационных стендах в помещениях Исполнителя.

1.2. Срок оказания платных медицинских услуг и их перечень зависит от объема предстоящей работы и определяется индивидуально с каждым Потребителем на основе плана лечения.

2. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг устанавливается в соответствии с действующими тарифами на основании настоящего Договора и спецификации платных медицинских услуг, являющейся неотъемлемой его частью.

2.2. Оплата производится либо непосредственно после фактического оказания платных медицинских услуг в размере 100 %, либо на основе предварительной оплаты в размере согласованном Сторонами.

2.3. В случае несвоевременной оплаты или отказа Потребителя продолжать лечение по собственному желанию лечение прекращается. Также в случае отказа Потребителя продолжать лечение сумма оплаты по решению Исполнителя может быть возвращена на основе письменного обращения Потребителя, за вычетом расходов ранее понесенных Исполнителем по оказанию платных медицинских услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю квалифицированные, качественные медицинские услуги в соответствии с имеющимися условиями и особенностями заболевания.

3.1.2. Предоставлять Потребителю достоверную информацию об оказываемых платных медицинских услугах, устно либо письменно ознакомить с планом лечения, порядком оказания медицинской помощи и имеющимися стандартами, а также получить добровольное информированное согласие Потребителя на оказание платных медицинских услуг и медицинское (стоматологическое) вмешательство.

3.1.3. Проводить необходимое обследование полости рта.

3.1.4. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. В случае возникновения каких-либо осложнений в процессе оказания платных медицинских услуг и/или выявления анатомических особенностей изменить план лечения с согласия Потребителя.

3.2.2. Расторгнуть Договор в случае отказа от оплаты медицинских услуг, необходимость оказания которых обусловлена изменением плана лечения, или в случае неявки Потребителя на прием к врачу в назначенное время (более 2-х раз) в одностороннем порядке.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.2. Своевременно оплачивать оказанные платные медицинские услуги.

3.3.3. Выполнять назначения врача.

3.3.4. Приходить на прием в назначенное время.

3.3.5. Сохранять настоящий Договор и документы об оплате, свидетельствующие о гарантийных обязательствах Исполнителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На получение доступной информации по поводу своего заболевания и оказываемых платных медицинских услугах, возможных осложнениях в процессе оказания платных медицинских услуг и после.

3.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими юридическое право Исполнителя на оказание платных медицинских услуг, и другой информацией, определенной в разделе III постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Гарантийный срок на все виды услуг – один год, если иное не определено в приложениях и дополнениях к настоящему Договору.

4.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя Потребитель имеет право на безвозмездное устранение недостатков оказанных платных медицинских услуг.

4.3. При несоблюдении врачебных рекомендаций – Исполнитель не несет ответственности за осложнения после оказанных платных медицинских услуг и не несет гарантийных обязательств.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор действует с момента его подписания до момента полного исполнения обязательств по нему Сторонами.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

5.3. Договор может быть расторгнут по другим обстоятельствам, предусмотренных законодательством РФ.

5.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменной форме по соглашению Сторон.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров Сторон или согласно действующему законодательству РФ.

6.2. Дополнительные условия оказания платных медицинских услуг могут быть определены в приложениях и дополнениях к настоящему Договору, которые в случае их подписания являются неотъемлемой его частью.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_  
(ФИО Потребителя)

\_\_\_\_\_  
или законного представителя Потребителя\*)

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГАУЗ МО «БСП № 1»

ОГРН 1035000719599 ИНН/КПП 5001044169/500101001

ОКТМО 46704000 ОКПО 70444483 ОКВЭД2 86.23

ОКОПФ 73 ОКФС 13 ОКОПФ 75201 ОКОГУ 2300229

МЭФ Московской области (л/с 30825221340

ГАУЗ МО «БСП № 1»)

ГУ Банк России по ЦФО//УФК по Московской

области г. Москва, к/с 40102810845370000004,

БИК 004525987, р/с 03224643460000004800

143905, Московская область, г. Балашиха,

ул. 40 лет Победы, дом 18

тел./факс +7 (495) 523-71-73, e-mail: info@mu-bsp.ru

СПЕЦИАЛИСТ:

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Главный врач \_\_\_\_\_

М.П.

С.Г. Комаров

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\* Заполняется при несовершеннолетии или недееспособности Потребителя

ЭКЗЕМПЛЯР ПОТРЕБИТЕЛЯ

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И МЕДИЦИНСКОЕ  
(СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ) ВМЕШАТЕЛЬСТВО

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

медицинских услуг

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Настоящим документом подтверждается, что ГАУЗ МО «БСП № 1» (ИНН 5001044169 КПП 500101001, ОГРН 1035000719599, ОКПО 70444483) оказывают

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Потребителя)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя Потребителя\*)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя Потребителя\*)

Потребителю по Договору следующие виды платных медицинских услуг:

№ п/п	Вид услуги (указывается порядковый номер позиции прейскуранта, либо наименование услуги)	Количество, шт.	Сумма, руб., коп
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Примечание: незаполненные строки в таблице должны быть прочеркнуты.

Всего стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_  
(указывается

сумма

\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

\_\_\_\_\_ прописью)

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)  
М.П.

Медицинская сестра \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Потребитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

Законный представитель \_\_\_\_\_  
Потребителя\* (подпись)

Отметка бухгалтерии об оплате \_\_\_\_\_

получил (а) разъяснения по поводу диагноза:

- Получил (а) информацию: об особенностях течения заболевания; вероятной длительности лечения; о вероятном прогнозе.
- Мне предложен план лечения, отраженный в амбулаторной карте.
- Мне известен перечень медицинских услуг, предоставляемых без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальной программы.
- Мне известен перечень медицинских услуг предоставляемых платно и тарифы на медицинские услуги, и я согласен (на) на оказание медицинских услуг на платной основе.
- Мне известен порядок оказания платных медицинских услуг и перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ МО «БСП № 1» в соответствии с Лицензией № ЛО-50-01-010469 от 10.01.2019 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области.
- Мне известен уровень квалификации и профессионального образования медицинского работника непосредственно оказывающего платную медицинскую услугу.
- Я извещен (а) о необходимости подготовки к лечению, протезированию.
- Я получил (а) указания и рекомендации по уходу за полостью рта.
- Я извещен (а), что несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья и течении заболевания.
- Я получил (а) информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.
- Я извещен (а) о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.
- Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.
- Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я согласился (ась) с предложенным планом лечения, в чем расписался (ась) собственноручно

Потребитель \_\_\_\_\_  
(подпись)

или  
Законный представитель  
Потребителя\* \_\_\_\_\_

(подпись)

\* Заполняется при несовершеннолетии или недееспособности Потребителя