

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДОГОВОР  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Тел. 43-10-55

«    » 20 г. **073441**

г. Владимир

Гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(область, город, район, населенный пункт,  
улица, квартира)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
с одной стороны, в дальнейшем «Потребитель» и ГБУЗ ВО «Стоматологическая поликлиника №1 г. Владимира» в лице главного врача Юцина Антона Владимировича, действующего на основании Устава, расположенного по адресу г. Владимир, ул. Мира, 40, ИНН 3328101573, ОГРН 103330201930 от 13.02.2003 г. ИМНС по Октябрьскому району г. Владимира. Лицензия № ЛО-33-01-0011513 от 28.03.2014 г. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении мед. осмотров, мед. освидетельствований и мед. экспертизы организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении мед. экспертизы по: экспертизе качества мед. помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, выданная департаментом здравоохранения администрации Владимирской области, расположенного по адресу: ул. Б.Московская, д. 61 (тел. 77-85-31), в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

- 1.1. «Потребитель» поручает, а «Исполнитель» принимает на себя оказание следующих видов медицинских услуг за плату: консультация, терапевтическое, хирургическое лечение, рентгенологическое обследование, физиотерапия, лечение десен и слизистой оболочки полости рта, зубопротезирование \_\_\_\_\_ (подчеркнуть, вписать)  
1.2. Подтверждаю, что права на бесплатную медицинскую помощь в объеме Программы государственных гарантий мне разъяснены и понятны. С условиями и порядком оказания медицинских услуг в ГБУЗ ВО «СП № 1 г. Владимира» ознакомлен(а).

С получением медицинских услуг по п. 1.1 настоящего договора на платной основе согласен(а): \_\_\_\_\_

(подпись)

Примечание: «Исполнитель» самостоятельно устанавливает объем и характер обследования, консультации, лечение. «Потребитель» имеет право задать любые интересующие его вопросы относительно его здоровья, заболевания и оплаты услуг и получить на них информирующие ответы.

**2. Порядок выполнения услуг(я), стоимость работ (услуги) и порядок расчета.**

- 2.1. Договор вступает в силу с момента подписания.  
2.2. Стоимость медицинских (ой) услуг (и) включает в себя стоимость собственно медицинских (ой) услуг (и) (обследование, лечение), согласно Прейскуранту.

Наименование услуг	Сумма	Наименование услуг	Сумма

- 2.3. Сумма договора устанавливается в соответствии с Прейскурантом \_\_\_\_\_ руб.  
2.4. «Потребитель» до или после (нужное подчеркнуть) выполнения работ вносит установленную Договором сумму в кассу учреждения полностью.

2.5. Срок действия Договора до полного исполнения каждой из сторон.  
2.6. Срок гарантии 1 год или без гарантии при взаимном согласии сторон.

### 3. Особые условия.

3.1. «Потребитель» ознакомлен с возможными осложнениями (изменение цвета пломбы, боль после наложения Агс., после пломбир. к/каналов, боль при накусывании на зуб, отек мягких тканей, ограниченное открывание рта, повышение температуры тела, синяк, нарывы, кровотечение и кровоподтек, гемитома, перфорация гайморитной пазухи, остеомиелит, травма соседнего зуба, травма мягких тканей полости рта, вывих ВНЧС, перелом н/челости, отлом фрагментов алвеолярного отростка, шок, инфаркт, пневмохондрит, альвеолит).

3.2. «Потребитель» получил информацию об альтернативных методах лечения.

3.3. «Потребитель»: при этом я даю право врачу выполнить то стоматологическое лечение и процедуры, которые мне были объяснены. Я понимаю, что все это оценочно и может измениться в процессе самого лечения, виду выявления новых обстоятельств. Я даю добровольное согласие на получение медицинской помощи на платной основе (подпись).

#### 4. Права и обязанности сторон.

- 4.1. «Исполнитель» признает на себя обязательство оказать Услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, в соответствии со стандартами качества медицинской помощи, утвержденным в установленном порядке, а также нормативными и правовыми актами, действующими в системе здравоохранения.
- 4.2. «Потребитель» обязуется оплатить получаемые Услуги по действующему прейскуранту в размере, установленном настоящим Договором сразу после получения медицинской услуги.
- 4.3. «Потребитель» обязан до оказания услуги информировать врача о перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 4.4. «Потребитель» гарантирует соблюдение им правил поведения пациентов, действующих на территории «Исполнителя», выполнение всех врачебных назначений «Исполнителя».

#### **5. Ответственность сторон.**

- 5.1. За выполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» и др. действующими законами и нормативными актами.
- 5.2. «Исполнитель» не несет ответственности (за результаты оказания Услуги) в случаях несоблюдения «потребителем» рекомендаций по лечению.
- 5.3. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или исполнение неисполнимое вследствие непреодолимой силы или нарушения «Потребителем» рекомендаций или предписаний врачей, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 5.4. «Потребитель» вправе потребовать возмещение расходов в случае некачественного исполнения услуги.
- 5.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. Нерегулированные споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

Потребитель \_\_\_\_\_  
подпись

Исполнитель \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ пожалуйста

Примечание: договор заключается в 2-х экземплярах (потребителю, исполнителю)