Приложение № 1 а

К положению об организации предоставления платных

медицинских услуг

**ДОГОВОР №**

**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

по терапевтической и ортопедической стоматологии

г. Нефтеюганск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

Автономное учреждение «Санаторий «Юган», именуемое в дальнейшем ***Исполнител***ь, в лице директора учреждения Виталия Ивановича Чехуты, действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем ***Заказчик***, с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого (ой) в дальнейшем ***Потребитель***, о следующем.

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

1.1.Сведения об ***Исполнителе***:

1.1.1. **Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Санаторий «Юган» АУ «Санаторий «Юган»**.

1.1.2 Адрес места нахождения: 628322, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Нефтеюганский район, 17 км. автодороги Нефтеюганск – Тундрино территория, санаторий «Юган».

1.1.3 Адрес места оказания медицинских услуг: 628322, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Нефтеюганский район, 17 км. автодороги Нефтеюганск – Тундрино территория.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство серии 86 № 002116661 о внесении записи в ЕГРЮЛ в налоговом органе по месту нахождения межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы России №7 по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре.

1.1.5. Лицензия № ЛО-86-01-001889 от 15 сентября 2014г. на осуществление медицинской деятельности, выданная службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, дом 18; тел. 356-547; 363-114,

1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу, диетологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, стоматологии ортопедической, физиотерапии. При осуществлении санаторно-курортной помощи по акушерству и гинекологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, педиатрии, рефлексотерапии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, терапии, физиотерапии, экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Сведения о ***Потребителе*** (если ***Потребителем*** (пациентом) является сам ***Заказчик***, то в п. 1.2.1. Договора вписывается слово «***Заказчик***»):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон ***Потребителя*** (законного представителя ***Потребителя***):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Сведения о ***Заказчике***:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон ***Заказчик***а (заполняется, если ***Заказчик*** физическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3.2. Наименование и адрес места нахождения ***Заказчика*** (заполняется, если ***Заказчик*** – юридическое лицо):

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. ***Врач стоматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** оказывает стоматологические услуги ***Заказчику в виде\_\_изготовления:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. ***Заказчик*** обязуется принять и оплатить услуги оказываемые ***Исполнителем в сумме:***

**3. ОБЯЗАННОСТИ *ИСПОЛНИТЕЛЯ***

3.1. Оказывать платные медицинские стоматологические услуги, оформленные договором.

3.2. Предоставить договор в адрес ***Заказчика*** одновременно с выставлением счета.

3.3.  ***Исполнитель*** предоставляет ***Потребителю*** информацию о диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, о лекарственных препаратах, сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.4.  ***Исполнитель*** после исполнения договора выдает ***Потребителю и (или) Заказчику***  по требованию ***Потребителя*** медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**4. ОБЯЗАННОСТИ *ПОТРЕБИТЕЛЯ* и (или) ЗАКАЗЧИКА**

4.1. Оплатить предоставленную ***Исполнителем*** медицинскую услугу в сроки и в порядке, определённом п.п. 5.1.

4.2. Предоставить медицинским работникам ***Исполнителя*** полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях, аллергических реакциях, сведения, необходимые для оказания медицинской услуги и подписывает письменное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства по стоматологии (образец информационного согласия прилагается).

**5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ:**

5.1. Стоимость стоматологических услуг определяется согласно утверждённому прейскуранту.

5.2. ***Заказчик*** производит предоплату в размере 100% согласно счету предоставленному ***Исполнителем*** в течение 5 (пяти) банковских дней со дня получения счета. Датой оплаты является дата зачисления денежных средств на расчетный счет ***Исполнителя***. Оплата медицинской услуги может быть оплачена путём внесения наличных денежных средств в кассу ***Исполнителя***.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:**

6.1. Стороны несут ответственность за невыполнение условий настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

6.2.Если ***Потребитель*** не выполняет своих обязанностей и рекомендаций медицинских работников, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора ***Потребителем***.

6.3. Вред, причиненный жизни или здоровью ***Потребителя*** в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению ***Исполнителем*** в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7. ФОРС-МАЖОР**

7.1. В случае наступления форс-мажорных обстоятельств, стороны обязуются в 5-ти дневный срок поставить друг друга в известность об их возникновении для проведения переговоров об уточнении условий договора.

**8. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Все изменения и дополнения к договору действительны, если они оформлены письменно и подписаны обеими сторонами по договору.

**9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и завершается получением медицинской услуги.

**Срок получения услуги . Гарантийный срок услуги один год.**

**Услуга оформляется актом приема оказанных стоматологических услуг.**

9.2. В случае необходимости досрочного расторжения договора, сторона-инициатор сообщает другой стороне об этом за 1 неделю до расторжения.

9.3. Настоящий договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у ***Исполнителя***, второй - у ***Заказчика***, третий - у ***Потребителя***. В случае если договор заключается ***Потребителем*** и ***Исполнителем***, он составляется в 2 экземплярах.

Все экземпляры идентичны и имеют равную юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

**10. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

10.1. При возникновении споров стороны принимаю меры к урегулированию их путем переговоров.

10.2. При невозможности урегулирования споров путем переговоров, споры подлежат передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Исполнител***ь: | ***Потребитель* (*Заказчик*):** |
| **Автономное учреждение ХМАО-Югры**  **«Санаторий «Юган»**  Адрес: 628322, ХМАО-Югра,  Нефтеюганский район, 17км.  автодороги Нефтеюганск-Тундрино, территория  Телефон/факс: 8(3463) 23-89-81  ИНН/КПП 8619006845/861901001 Депфин Югры (Санаторий «Юган» л/с 6204335270)  Р.сч. 40601810200003000001  РКЦ Ханты-Мансийска г. Ханты-Мансийск  БИК 047162000 | (ФИО или наименование юридического лица):  Паспорт № выдан    Адрес места жительства или место нахождения для юридического лица:  Телефон: |
| Директор АУ ХМАО-Югры  «Санаторий «Юган»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_В.И.Чехута | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись) |

**Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Санаторий «Юган»**

628322, Тюменская область, ХМАО – Югра, Нефтеюганский район, 17 км. автодороги Нефтеюганск – Тундрино территория, санаторий «Юган». Тел 83463238873

АКТ ПРИЕМА ОКАЗАННЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ УСЛУГ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. потребителя | Наименование услуг |
|  |  |  |

Услуги получены в полном объеме. Информирован(а) о правилах пользования.

Претензий к качеству медицинской помощи не имею.

Потребитель:

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель:

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г