

г. Челябинск

2018

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. ОГРН 1027403890865. На основании лицензии № ФС-74-01-002105 от 09 февраля 2018 года, выданной Территориальным органом Росздравнадзора по Челябинской области, расположенным по адресу: 454091, г. Челябинск, Площадь Мопра, 8/а, тел. 263-21-22:

по адресу 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д.38Б:

Доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: рентгенология, сестринское дело, стоматология, стоматология профилактическая. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: ортодонтия, рентгенология, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, челюстно-лицевая хирургия. Проведение медицинских осмотров, медицинских экспертиз. Прочие работы и услуги: экспертиза временной нетрудоспособности

454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д.38В:

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: стоматология, стоматология ортопедическая. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: ортодонтия, стоматология общей практики, стоматология ортопедическая,

именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Ратнер Елены Владимировны, действующей на основании доверенности (с правом передоверия), с одной стороны и

(ФИО физического лица, получающего платные медицинские услуги/ имеющего намерение заказать (приобрести) платные медицинские услуги)

в дальнейшем именуемый **Потребитель**, а также

(ФИО физического лица (наименование юридического лица),

имеющего намерение заказать (приобрести) платные медицинские услуги в пользу потребителя в дальнейшем именуемый **Заказчик** с другой стороны заключили настоящий договор (в дальнейшем Договор) о следующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется предоставить Потребителю/Заказчику стоматологические медицинские услуги на возмездной основе, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, лечения, обследования, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель/Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных услуг, выполнить требования Исполнителя, обеспечивающие качество медицинской услуги, включая сообщение для этого необходимых сведений.

2. Условия и порядок предоставления услуг

2.1. Услуга оказывается на основании Перечня услуг, выполнение которых для физических и юридических лиц осуществляется за плату в Клинике ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России (далее – Перечень), исходя из плана лечения Потребителя/Заказчика, предусмотренного дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора.

2.2. Иные условия: Исполнителем выдается справка об оплате медицинской услуги, предусмотренной настоящим договором, для предъявления в налоговый орган в соответствии с Постановлением правительства от 19.03.2001 года за № 201.

2.3. Услуга считается оказанной с момента подписания сторонами акта оказанных услуг по Договору.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг по Договору определяется сторонами исходя из плана лечения, предусмотренного дополнительным соглашением, выбора способа лечения Потребителем/Заказчиком.

3.2. Услуги оплачиваются Потребителем/Заказчиком в полном объеме в течение одного рабочего дня, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя с выдачей документа подтверждающего оплату (контрольно-кассовый чек) Потребителю/Заказчику, если иной порядок оплаты не предусмотрен настоящим договором.

3.3. Оплата по настоящему договору осуществляется в рублях, в наличной или безналичной форме.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказывать своевременно и качественно медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора;

4.1.2. Информировать Потребителя/Заказчика в доступной форме информацией об объеме оказываемой услуги, сроке и длительности услуги, условиях получения услуг, о возможностях развития заболевания, последствиях, осложнениях, рисках, квалификации специалистов, стоимости услуги, а также результатах исполнения услуги в требуемой форме;

4.1.3. Предупреждает Потребителя/Заказчика:

а) о том, что медицинская услуга отнесена к категории потенциально опасных для человека;

б) о причинах возможного снижения качества оказываемой помощи и уменьшения гарантийного срока, а также об изменении окончательной стоимости работ в процессе лечения в соответствии с медицинскими показаниями;

4.1.4. Соблюдать врачебную тайну;

4.1.5. Проинформировать Потребителя/Заказчика о режиме работы в рамках Договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Изменить по согласованию с Потребителем/Заказчиком при изменении клинической ситуации план и (или) сроки лечения;

4.2.2. Отказать в оказании услуг немедленно уведомив его об этом, в случаях:

а) отсутствия лицензии на данный вид медицинской деятельности;

- б) при наличии противопоказаний, либо при невозможности достичь предполагаемого результата;
- в) неоплаты Потребителем/Заказчиком стоимости услуг на условиях настоящего договора;
- г) при предоставлении Потребителем неполных и/или недостоверных сведений о здоровье;
- д) при нарушении Потребителем Правил внутреннего распорядка для пациентов Клиники.

4.3. Потребитель/Заказчик обязан:

4.3.1. Оплатить стоимость платных услуг в соответствии с разделом 3 настоящего Договора;

4.3.2. Сообщить все сведения о наличии заболеваний, в т.ч. перенесенных, противопоказаний к применению лекарственных средств, процедур, аллергических реакций и иную информацию, влияющую на качество оказания медицинской услуги, а также для определения сроков гарантии;

4.3.3. Неукоснительно выполнять указания и рекомендации Исполнителя;

4.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

4.4.1. На выбор даты и времени приема в соответствии с графиком работы Исполнителя.

4.4.2. На отказ от получения медицинских услуг в период оказания услуги либо до начала ее оказания и получение обратно уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги, либо на любом этапе оказания услуги с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эксплуатации медицинского оборудования, методик лечения.

5.3. Исполнитель предоставляет гарантию по оказанной услуге. Гарантийный срок определяется Исполнителем самостоятельно на каждый конкретный этап лечения и заносится в медицинскую карту, но в любом случае не может превышать 12 месяцев с момента подписания акта выполненных работ на этап лечения.

5.4. Потребитель/Заказчик возмещает Исполнителю расходы, связанные с исполнением Договора, в случае отказа получения медицинской помощи, либо отказа от оплаты оказанных услуг. Договор расторгается в порядке, предусмотренном законом.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности по основаниям, предусмотренным законом, притом, что состояние здоровья может ухудшиться после оказания услуги, но не вследствие нее.

6. Заключительные условия

6.1. Срок действия Договора с момента его подписания и действует до 31 декабря текущего года, а в части взаиморасчетов по Договору, до полного исполнения сторонами своих обязательств по Договору.

6.2. Изменение и расторжение Договора осуществляется по соглашению сторон.

6.3. Все изменения (в т.ч. стоимость по Перечню, банковские реквизиты) Исполнителя публикуются на официальном сайте Исполнителя (www.clinical74.ru). Заказчик считается уведомленным об изменениях с момента опубликования указанной информации на официальном сайте.

6.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны. Каждый экземпляр Договора скреплен подписями сторон.

Подписывая, настоящий Договор я подтверждаю, что все вышеуказанное мною прочитано и понятно, мне разъяснены и понятны все медицинские термины. Я задал(а) все интересующие меня вопросы и получил(а) на них понятные ответы.

Подпись

7. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России
Юридический адрес: 454092, г. Челябинск ул.
Воровского, 64

(структурное подразделение - Клиника ФГБОУ ВО
ЮУГМУ Минздрава России)

Фактический адрес: 454052, г. Челябинск, ул.
Черкасская, 2

ИНН 7453042876, ОГРН 1027403890865

КПП 745032001,

Получатель: УФК по Челябинской области (Клиника
ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России),

л/сч №20696У94640 г. Челябинск
40501810600002000002 ОТДЕЛЕНИЕ, Челябинск

г. Челябинск, БИК 047501001, к/сч. нет,

Телефоны 8 (351) 721-82-55, факс 721-82-44

Уполномоченное лицо

по доверенности №73/17 от 29 декабря 2017г.

/Балаткина Т.В./

Заказчик:

Адрес прописки:

тел. _____

паспорт _____

серия _____

№ _____

Дата _____

кем выдан _____

(подпись заказчика)

Потребитель

Адрес прописки

тел. _____

паспорт _____

серия _____

номер _____

дата _____

кем выдан _____

(подпись потребителя)