

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова», зарегистрированная Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службой №6 по Ленинградской области в едином государственном реестре юридических лиц за основным государственным номером 1024701851602 (лист записи ЕГРЮЛ от 24.12.13г.), лицензия на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ перечень выполняемых работ: 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, выдана Комитетом по Здравоохранению Ленинградской области (191024, г. Санкт-Петербург, ул. Невский проспект, д.113, тел. 717-65-01) на срок **бессрочно**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Горшкова Александра Александровича, действующего на основании Устава с одной стороны и Пациент (ФИО): \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ осуществляет оказание платных медицинских услуг по оказанию стоматологической помощи, посредством врачей и медперсонала, работающих в учреждении.

1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ использует методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований, гарантирует безопасность применяемых материалов и способов лечения.

1.3 ЗАКАЗЧИК поставлен в известность о возможности получения медицинской услуги на бесплатной основе в плановом порядке, очередности.

### II. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

- предоставлять только те медицинские услуги, которые соответствуют стандартам качества их исполнения;
- использовать методы и способы стоматологической помощи, обеспечивающие безопасность для здоровья ЗАКАЗЧИКА;
- гарантирует качество выполненных платных медицинских услуг в течение 1 года на несъемные протезы и 6 месяцев на съемные протезы;
- предоставить ЗАКАЗЧИКУ необходимую и достоверную информацию об объеме и стоимости предполагаемой стоматологической помощи;
- гарантирует качество выполненных платных медицинских услуг в течение 1 года (исключая ортодонтические аппараты);

2.2. ЗАКАЗЧИК обязан:

- предоставлять ИСПОЛНИТЕЛЮ все необходимые сведения для планирования и проведения ему качественной стоматологической помощи;
- своевременно являться на приём и точно следовать требованиям и рекомендациям ИСПОЛНИТЕЛЯ в процессе лечения;
- полно и в срок оплачивать предоставленные платные услуги.

### III. ПРАВА СТОРОН

3.1. ЗАКАЗЧИК вправе:

- отказаться от исполнения настоящего договора при условии возмещения ИСПОЛНИТЕЛЮ понесённых им расходов;
- в случае нарушения сроков исполнения услуги ЗАКАЗЧИК вправе назначить новый срок оказания платной услуги или потребовать исполнения услуги другим специалистом.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе:

- отказаться от исполнения обязательств по данному договору при условии полного возмещения ЗАКАЗЧИКУ убытков.

3.3. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, ЗАКАЗЧИК возмещает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесённые им расходы.

### IV. ОПЛАТА УСЛУГ

4.1. Цена произведённых платных медицинских услуг и стоимость препаратов и материалов устанавливается согласно действующим тарифам и сложившимся рыночным ценам на момент оказания услуг;

4.2. Оплата услуги производится ЗАКАЗЧИКОМ путём предоплаты в размере 100 %, а при необходимости в процессе лечения, только в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ с обязательным получением кассового чека.

### V. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТОРОН

5.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт перед заказчиком ответственности в случаях:

- если услуга, оказанная по требованию ЗАКАЗЧИКА, расходится с планом лечения, предложенным врачом, о чем делается запись в амбулаторной карте;
- если у ЗАКАЗЧИКА появится аллергическая реакция на пломбировочные и зубопротезные материалы, медикаменты, используемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ, проявление которой ранее не отмечалось;
- если ЗАКАЗЧИК не выполнил требований п.п. 2.2. 4.2. настоящего договора;
- если ЗАКАЗЧИК не явится на приём в срок, назначенный лечащим врачом, за возникшие в результате этого осложнения, а также невыездывания протезов в течение 1 месяца после их изготовления;
- если ЗАКАЗЧИК продолжит начатое лечение в другом лечебном учреждении, а также ремонта и исправления протезов самим ЗАКАЗЧИКОМ.

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отказать ЗАКАЗЧИКУ в предоставлении платных услуг в случаях:

- если ЗАКАЗЧИК отказался подписать настоящий договор;
- если ЗАКАЗЧИК не оплатил ранее выполненные медицинские услуги.

### VI. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ И СПОРОВ

6.1. Претензии и споры возникающие между сторонами разрешаются путём переговоров, а в случае недостижения согласия в судебном порядке в соответствии с действующими законами Российской Федерации.

6.2. Претензии ЗАКАЗЧИКА по оказанной услуге принимаются при условии предъявления им кассового чека об оплате этой услуги.

### VII. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, вручен сторонам и вступает в силу с даты подписания его сторонами. Договор действует в течение года с момента подписания и продлевается на тот же срок, если стороны не изъявили желания его расторгнуть.

### VIII. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф.Калмыкова»

187553, город Тихвин Ленинградской области, улица Карла Маркса, дом 68.

Р/сч. 40601810900001000022 в отделении Ленинградское г. Санкт-Петербург,

получатель: УФК по Ленинградской области (ОФК 17, ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ», л/с 22456Ц19940)

БИК 044106001 ОГРН 1024701851602 ИНН 4715001507

КПП 471501001 ОКОНХ 91511 ОКПО 01933001

#### ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

Дата выдачи " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Главный врач  
ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»

/А.А.Горшков/

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(Ф.И.О., подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

