

Договор
о предоставлении платных медицинских услуг № _____

г. Уфа

« »

202_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Детская стоматологическая поликлиника № 7 города Уфа (ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа), адрес местонахождения и осуществления медицинской деятельности: 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Блюхера, д. 25/1, ИНН 0277038710, ОГРН 1030204439132, свидетельство о ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией ФНС № 33 по РБ от 12 августа 1998 г. г; Регистрационный номер лицензии: № Ё041-01170-02/00336974, при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан 11.06.2020 года, срок действия бессрочно, в лице лечащего врача/рентгенолаборанта - [должность врача-стоматолога, рентгенолаборант, категория, фамилия, имя, отчество], действующий(ая) на основании доверенности [№, дата], именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

(ФИО Потребителя, дата рождения)

анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть)

Представитель Потребителя (основания представительства)

(ФИО / наименование организации)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны,

далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Заказчику/Потребителю по его выбору и с его информированного согласия платные медицинские услуги согласно действующему прейскуранту (далее – медицинские услуги), а Заказчик/Потребитель обязуется оплатить оказываемые ему медицинские услуги.

1.2. Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых Заказчику/Потребителю, соответствует Прейскуранту Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора (Приложение № 1 к Договору), является неотъемлемой частью Договора.

1.3. Срок предоставления платных медицинских услуг с _____ . - по _____ .

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации и плана лечения, составленного медицинским работником, оказывающим медицинские услуги.

2.2. Перечень медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в Поликлинике, является общедоступным и размещен для ознакомления на сайте Исполнителя, доступен Заказчику/Потребителю для ознакомления на информационных стендах Поликлиники Исполнителя.

2.3. Медицинские услуги оказываются Заказчику/Потребителю в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, определяющим правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, информация о которых размещена на сайте Поликлиники и на информационных стендах в Поликлинике.

2.4. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора в соответствии с режимом работы Поликлиники и графиком работы медицинских работников

Исполнителя, участвующих в оказании медицинских услуг.

2.5. Информация о режиме работы Поликлиники является общедоступной и размещена на сайте Поликлиники и на информационных стендах Исполнителя в Поликлинике. График работы специалистов Исполнителя размещен на сайте Поликлиники, на информационных стендах Поликлиники, а также сообщается Заказчику/Потребителю регистратором.

2.6. Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю возможность ознакомиться с правами и обязанностями Сторон договора, предусмотренными Федеральными законами РФ "Об основах охраны здоровья граждан РФ", "О защите прав потребителей", Правилами предоставления платных медицинских услуг, перечнем платных услуг и их стоимости по Прейскуранту, с методами оказания медицинской помощи, связанные с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи, сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг, информирует о квалификации медицинских работников, оказывающих платные медицинские услуги, предоставляет информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти. Данные сведения являются общедоступными и размещены на сайте Поликлиники и информационных стендах Исполнителя в Поликлинике.

2.7. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора Сторонами, информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг, оплаты Заказчиком/Потребителем цены услуг в предусмотренном Договором порядке.

2.8. Медицинские услуги оказываются в день обращения или в назначенный день, и завершаются в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения, с учетом клинических рекомендаций.

2.9. Срок оказания услуг по терапевтической, ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению, сроков изготовления и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья Заказчика /Потребителя в момент оказания услуги.

2.10. Медицинские услуги Заказчику/Потребителю оказываются Исполнителем в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Заказчика/Потребителя на момент обращения.

2.11. Исполнителем после исполнения договора Заказчику/Потребителю по обращению выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых при предоставлении платных медицинских услуг, без взимания дополнительной платы.

2.12. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика /Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением нового договора.

2.13. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.14. В случае отсутствия соответствующих возможностей у Исполнителя для оказания предусмотренных договором услуг Заказчик/Потребитель, с его согласия, направляется в другие специализированные медицинские учреждения.

2.15. В случае отказа Заказчика/Потребителя, после заключения договора, от получения медицинских услуг, договор расторгается на основании письменного заявления. Исполнитель информирует Заказчика/Потребителя о расторжении договора по инициативе Заказчика/Потребителя, при этом Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

3.1. Оказывать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения к настоящему договору, согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и порядками, профессиональной квалификации и критериями качества медицинской помощи.

3.2. С письменного согласия Заказчика/Потребителя проводить клинические обследования и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый план лечения.

3.3. Назначать врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с

медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Заказчика/Потребителя, назначить другого врача для проведения лечения.

3.4. По требованию Заказчика/Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

3.5. Предоставить Заказчику/Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
- копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения) (Приложение № 4), справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган по установленной форме.

Запрашиваемые документы предоставляются Заказчику/Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

3.6. Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечить Заказчику/Потребителю возможность непосредственного ознакомления с материалами и заключениями о ходе оказания услуг по его требованию.

4. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ

4.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством Российской Федерации, соответствии с порядками оказания медицинской помощи; на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и плана лечения, составленного медицинским работником, оказывающим медицинские услуги.

4.2. Получать от Заказчика/Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему договору.

4.3. Требовать от пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил поведения пациентов в медицинской организации.

4.4. Требовать своевременной оплаты услуг, оказанных Заказчику/Потребителю по настоящему договору.

4.5. Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг в случаях выявления у Заказчика/Потребителя острой психиатрической, фтизиатрической, инфекционной патологии, состояния алкогольного или наркотического опьянения, отказа Заказчика/Потребителя от проведения медицинских процедур, невыполнения им назначений и рекомендаций медицинского работника, несоблюдения лечебного режима.

4.6. По желанию Заказчика/Потребителя привлекать другие медицинские организации, медицинские лаборатории для оказания услуг по дополнительным обследованиям.

5. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о порядке установления гарантийного срока и срока службы на оказанные стоматологические услуги в ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа, действующим Прейскурантом, Правилами поведения пациентов.

5.2. Заказчик/Потребитель обязан информировать медицинского работника, оказывающего платные медицинские услуги, о данных предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, подписать информированное добровольное согласие, добровольное согласие на медицинское и стоматологическое вмешательство, предоставлять необходимые документы для оформления медицинской документации.

При предоставлении вышеуказанных документов (сведений), по содержанию которых не представляется возможным определить, к какому конкретному лицу они относятся (в случае удаления персональных данных, позволяющих идентифицировать личность, из указанных документов), Заказчик/Потребитель настоящим подтверждает, что предоставил Исполнителю сведения (медицинские документы, копии медицинских документов), содержащие сведения о состоянии своего здоровья, данные исследований и консультаций специалистов, сведения о полученном ранее лечении и т.п., относятся именно к Заказчику/Потребителю.

5.3. Заказчик/Потребитель должен явиться на прием в назначенное время, в случае отсутствия возможности известить медицинского работника, оказывающего медицинские услуги, по телефону: 8/347/_____, выполнять назначения и рекомендации медицинского работника, соблюдать лечебный режим, своевременно сообщать обо всех изменениях в состоянии здоровья, связанных с получаемой медицинской услугой.

5.4. Выполнять Правила поведения пациентов, требования и предписания медицинского персонала как необходимые условия предоставления качественной медицинской помощи. Не совершать действий, заведомо наносящих вред здоровью и бережно относиться к имуществу Исполнителя.

5.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

5.6. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

6. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ

6.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

6.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

6.3. В любое время отказаться от лечения, расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

6.4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

6.5. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, стоматологическое вмешательство и отказ от вмешательства или услуги.

6.6. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской услуги, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. Заказчик/Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

6.5. Пользоваться всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ, который подписывается сторонами (Приложение № 2 к Договору).

7.2. Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в Платежном листе и (или) дополнительном соглашении.

- 7.3. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена приблизительная смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение №3).
- 7.4. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон, и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик/Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.
- 7.5. Стоимость ортопедических, ортодонтических конструкций и иных дорогостоящих материалов, и изделий оплачивается частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору.
- 7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Заказчика/Потребителя, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика/Потребителя в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.
- 7.7. В случае внесения Заказчиком/Потребителем 100% аванса и одностороннего отказа Заказчика/Потребителя от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им затрат.
- 7.8. Оплату фактически оказанных Исполнителем Заказчику/Потребителю медицинских услуг, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, указанным в п. 10.2 Договора, Заказчик/Потребитель обязан произвести в течение 3 рабочих дней со дня расторжения Договора.
- 7.9. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

8. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

- 8.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о порядке установления гарантийного срока и срока службы на оказанные стоматологические услуги в ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа и соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком/Потребителем условий настоящего Договора.
- 8.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.
- 8.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийного срока и срока службы на оказанные стоматологические услуги в ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа.

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 9.1. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством.
- 9.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 9.3. Исполнитель обязан хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика/Потребителя, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 9.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 календарных дней с момента ее получения (ст. 22 Закона "О защите прав потребителей").
- 9.5. Заказчик/Потребитель вправе предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной услуги (выполненной работы), если они обнаружены в течение гарантийного срока, а при его отсутствии в разумный срок, не превышающий двух лет со дня принятия оказанной услуги (выполненной работы) (абз. 2 п. 3 ст. 29 Закона "О защите прав потребителей"). Претензии Заказчика (Пациента) об устранении недостатков оказанной услуги, удовлетворении отдельных требований, отказе от исполнения договора, о сроке устранения недостатков оказанной услуги удовлетворяются Исполнителем в соответствии с требованиями статей 27-31 Закона о защите прав потребителей.
- 9.6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные

действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

9.7. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком/ Потребителем по поводу срока оказания услуги, качества оказанной услуги спор разрешается путем переговоров между сторонами. Если в процессе переговоров стороны не придут к компромиссу, спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

10.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

10.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, в судебном порядке, а Заказчиком/Потребителем также в любое время в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

10.3. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

10.4. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного заявления о расторжении договора за 10 календарных дней до даты расторжения.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Настоящий договор составлен по количеству Сторон, для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу, вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

11.2. Медицинская карта Заказчика/Потребителя существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика/Потребителя или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

11.3. Исполнитель обеспечивает хранение настоящего договора в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

11.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

12. БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ, АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа	Заказчик/Потребитель (ФИО Потребителя, дата рождения) анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть) Представитель Потребителя (основания представительства) ФИО/ наименование организации С условиями Договора на оказание платных медицинских услуг, информированного согласия ознакомлен(а) и согласен(а) _____ (подпись, дата) Адрес: Иные адреса: Документ, удостоверяющий личность: Телефон: _____ (подпись, дата)
--	--

**Перечень, наименование, количество, цена, стоимость
и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых Заказчику/Потребителю**

Код услуги	№	Наименование работ	Количество	Дата исполнения	Стоимость	Сумма	Гарантия	Скидка
Всего:								

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа «Лечащий врач» ФИО _____ Подпись: _____ 202__ г. М.П. _____	Заказчик/Потребитель _____ _____ (ФИО Потребителя, дата рождения) анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть) Представитель Потребителя (основания представительства) _____ _____ ФИО/ наименование организации Адрес: _____ Телефон: _____ Подпись: _____ 202__ г.
---	--

АКТ выполненных работ

« » 202 Г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Детская стоматологическая поликлиника № 7 города Уфа, в лице лечащего врача -

_____ [должность, фамилия, имя, отчество],
действующий(ая) на основании доверенности _____ [№, дата], именуемое в
дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и (ФИО Потребителя, дата рождения)
анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть)
Представитель Потребителя (основания представительства)

(ФИО / наименование организации)
именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал Заказчику/Потребителю следующие услуги:

Код услуги	№	Наименование работ	Количество	Дата исполнения	Стоимость	Сумма	Гарантия
Всего:							

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных Исполнителем услуг и к договорной стоимости медицинских услуг Заказчик/Потребитель не имеет.

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа, «Лечащий врач» ФИО Подпись: _____ _____ 202__ г. М.П.	Заказчик/Потребитель _____ _____ (ФИО Потребителя, дата рождения) анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть) Представитель Потребителя (основания представительства) _____ ФИО/ наименование организации Адрес: Телефон: Подпись: _____ _____ 202__ г.
--	--

**Твердая или приблизительная (подчеркнуть) смета
на оказание платных медицинских услуг**

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа

Ф.И.О. Заказчика/Потребителя _____

Дата рождения ____/____/____ г.

Адрес: _____

Телефон: _____

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Единиц а измер ения	Стоимость услуги (руб.)	Колич ество услуг	Общая стоимость медицинско й услуги
Всего:						

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа, «Лечащий врач» ФИО Подпись: _____ _____ 202_ г. М.П.	Заказчик/Потребитель _____ _____ (ФИО Потребителя, дата рождения) анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть) Представитель Потребителя (основания представительства) _____ ФИО/ наименование организации Адрес: _____ Телефон: _____ Подпись: _____ _____ 202_ г.
---	--

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____**к Договору о предоставлении платных медицинских услуг [№ от дата]**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан
 Детская стоматологическая поликлиника № 7 города Уфа, (ГБУЗ РБ Детская стоматологическая
 поликлиника № 7 г. Уфа) в лице

_____, [должность, фамилия, имя, отчество],
 действующий(ая) на основании доверенности _____ [№, дата], именуемое в
 дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и (ФИО Потребителя, дата рождения)
 анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть)
 Представитель Потребителя (основания представительства)

(ФИО / наименование организации)
 именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые
 "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – Соглашение) о предоставлении
 дополнительных платных медицинских услуг:

1. Согласованный Сторонами перечень предоставляемых **дополнительных платных медицинских услуг**:

Код медицинс кой услуги	№ п/п	Наименование медицинской услуги, согласно прейскуранта	Сроки оказания услуги	Количество	Цена по прейскуранту	Общая стоимость платных медицинских услуг (НДС не облагается)	Гарантийный срок
					итого		
					Скидка (при наличии)		
					Итого (с учетом скидки)		

2. Стоимость услуг определена на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на момент подписания настоящего Соглашения. Заказчик/Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания.
3. Указанная стоимость является окончательной при условии соблюдения Сторонами условий настоящего Соглашения и Договора _____ [сумма цифрами рублей],
 _____ (сумма прописью) рублей.
4. Подписание настоящего Соглашения подтверждает, что Потребитель ознакомлен с характером и целями услуг, связанными с ними рисками, возможными осложнениями, а также дал добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство
5. Гарантийный срок действует при условии, что Потребитель выполняет все рекомендации врача.
6. В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, Стороны руководствуются положениями Договора.
7. Настоящее Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора с даты его подписания.
8. Настоящее Соглашение составлено по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

Исполнитель: ГБУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфа, «Лечащий врач» ФИО _____ Подпись: _____ 202__ г. М.П. _____	Заказчик/Потребитель _____ (ФИО Потребителя, дата рождения) анонимно (данные вносятся со слов Заказчика/Потребителя) (подчеркнуть) Представитель Потребителя _____ (основания представительства) _____ ФИО/ наименование организации Адрес: Телефон: Подпись: _____ дата
---	--