ДОГОВОР № _____
на оказание платных стоматологических услуг

г. Москва «____» _____202__ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы Центр реабилитации инвалидов «Царицыно» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (ГБУ ЦРИ «Царицыно») адрес места нахождения: 115569, г. Москва, ул. 3-я Радиальная, д. 6, ОГРН 1027700116355, ИНН 7737032409, КПП 772401001, дата и место государственной регистрации: 06.04.1994, г. Москва, Государственное учреждение Московская регистрационная палата, лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») от 29 мая 2019 года № ЛО-77-01-018144 выдана Департаментом здравоохранения города Москвы адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел 8 (495) 777-77-77, лицензия на осуществление фармацевтической деятельности от 28 мая 2019 года № ЛО-77-02-010285 выдана Департаментом здравоохранения города Москвы адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел 8 (495) 777-77-77, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и гражданин _____ _____, именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические услуги (далее – Услуги), состав и стоимость которых определяются на основании утвержденного Исполнителем на момент заключения Договора Прейскуранта цен, а Заказчик обязуется принять Услуги и оплатить их в порядке и в сроки, установленные Договором.

1.2. При заключении настоящего Договора Заказчику в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. Срок оказания услуг по настоящему Договору определен Сторонами с «___» _____ 202__ г. по «___» _____ 202___ г.

1.4. Состав услуг определяется планом-лечения, составленным врачом-стоматологом Исполнителя по результатам осмотра Заказчика. Врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в Прейскуранте цен Исполнителя, и отражает его в медицинской карте Заказчика. Заказчик выражает согласие с предложенным планом лечения скрепляя его своей подписью в медицинской карте.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Услуги, качество которых соответствует требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, силами квалифицированного персонала Исполнителя.

2.1.2. Получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство. Вести медицинскую документацию в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных, а также профессиональную этику в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Предоставлять Заказчику в доступной форме информацию о его состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных последствиях и ожидаемых результатах лечения.

2.1.5. Информировать Заказчика о месте, порядке и условиях оказания Услуг, о квалификации, уровне образования, режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в оказании Услуг.

2.1.6. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией и выдать копии медицинских документов, отражающие состояние здоровья Заказчика.

2.1.7. Уведомить Заказчика, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, оказывающего Услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемым Услуг, повлечь невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

2.1.8. Не оказывать без согласия Заказчика дополнительные услуги на возмездной основе, не предусмотренные Перечнем. Предоставление дополнительных услуг оформляется путем заключения Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору. Отказ Заказчика от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением Заказчику последствий отказа.

2.1.9. Незамедлительно извещать Заказчика о невозможности оказания Услуг по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания предусмотренных Договором платных медицинских услуг, что оформляется путем заключения Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

2.1.10. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение 6 (шести) месяцев с момента оказания Услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

2.2. **Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Требовать от Заказчика предоставления информации, необходимой для качественного и полного оказания Услуг. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций медицинских работников, участвующих в оказании Услуг.

2.2.3. Требовать от Заказчика своевременной и в полном объеме оплаты оказанных Услуг в соответствии с условиями Договора. Исполнитель вправе не приступать к оказанию Услуг если у Заказчика имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Заказчик находится в состоянии опьянения.

2.3. **Заказчик обязуется:**

2.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне 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.

2.3.2. Предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии и особенностях здоровья в целях выявления обстоятельств, могущих оказать влияние или препятствующих оказанию Услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Соблюдать утвержденные Исполнителем правила внутреннего распорядка отделения медико-социальной реабилитации, правила поведения граждан получающих услуги, их законных представителей и посетителей, а также требования и предписания медицинских работников, участвующих в оказании Услуг, бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.3.4. Уведомить Исполнителя о своем отсутствии в согласованную дату и время оказания Услуг не позднее чем за 24 (двадцать четыре) часа до начала оказания Услуг (этапа Услуг) посредством электронной почты и (или) телефонной связи, адрес и номер которых указаны в разделе IX «Адреса, реквизиты и подписи сторон» настоящего Договора.

2.3.5. Своевременно и в полном объеме оплатить оказанные Услуги в соответствии с условиями Договора, в том числе оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы в случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика.

2.4. **Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать полную информацию о ходе оказания Услуг по Договору. Получать медицинскую документацию об оказанных Услугах и их результатах.

2.4.2. Отказаться от получения Услуг после заключения Договора, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов к моменту расторжения Договора.

III. ПРИЕМКА УСЛУГ

3.1. Факт оказания Услуг подтверждается подписанным Сторонами актом об оказании услуг по форме, утвержденной Приложением № 1 к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью, (далее – Акт).

3.2. По факту оказания Услуг Исполнитель передает Заказчику подписанный Исполнителем Акт в двух экземплярах, Заказчик в течение 2 (двух) рабочих дней со дня получения Акта, подписывает его в двух экземплярах и возвращает один экземпляр Исполнителю либо представляет мотивированный отказ от подписания Акта. Услуги считаются принятыми Заказчиком на следующий день после истечение срока, установленного настоящим пунктом.

3.3. Услуги считаются оказанными с момента подписания Сторонами Акта.

IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость Услуг по Договору определяется на основании плана лечения согласно действующему на момент заключения Договора Прейскуранта цен, утвержденного Исполнителем.

4.2. Услуги, оказанные Исполнителем в рамках настоящего Договора оплачиваются Заказчиком после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг. Оплата осуществляется путем безналичного расчета банковской картой через терминал Исполнителя либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя на основании счета Исполнителя.

4.3. Обязательство Заказчика по оплате фактически оказанных услуг считается исполненным с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.4. Все расходы (комиссии банков), связанные с осуществлением оплаты по настоящему Договору, полностью возлагаются на Заказчика и не включаются в стоимость оказания услуг Исполнителем.

V. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

5.2. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации.

VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за качество оказанных услуг в рамках действующего законодательства Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание Услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях непредоставления (не полного предоставления) Заказчиком информации в соответствии с пунктами 2.3.1, 2.3.2 настоящего Договора либо если это вызвано медицинскими показаниями, а также в случае несоблюдения положений пункта 2.3.3. настоящего Договора.

6.4. Стороны несут риски ненадлежащего исполнения обязательств в связи с предоставление друг другу недостоверной информации в рамках исполнения настоящего Договора.

6.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

VII. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Любая информация о состоянии здоровья Заказчика, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с ведением медицинской документации в рамках настоящего Договора является конфиденциальной и разглашению третьим лицам не подлежит.

VIII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

7.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются:

1. Приложение № 1 – форма акта об оказании услуг.

IX. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	**Заказчик:**
Государственное бюджетное учреждение города Москвы Центр реабилитации инвалидов «Царицыно» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (ГБУ ЦРИ «Царицыно»)	
Место нахождения: 115569, г. Москва, ул. 3-я Радиальная, д. 6, стр. 1 ОГРН 1027700116355 ИНН/КПП 7737032409/772401001 Тел.: (495)315-00-22 Адрес электронной почты: zar@social.mos.ru Банковские реквизиты: БИК 044525000 Получатель: ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ г. Москва ГБУ ЦРИ "Царицыно" л/с 2614842000931126 р/с 40102810545370000003 Номер казначейского счета: 03224643450000007300 КБК 14810020000000000130	
_____ _____ /_____/ М.П.	 _____ / _____/

Приложение № 1 к Договору ____
от «___» _____ 202__ г. № _____

АКТ
об оказании услуг

г. Москва «____» _____202___ г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы Центр реабилитации инвалидов «Царицыно» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (ГБУ ЦРИ «Царицыно»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны и гражданин_____ _____ _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны совместно именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Во исполнение договора на оказание платных стоматологических услуг от «___» _____202___ № _____ (далее – Договор) Исполнителем оказан следующий объем стоматологических услуг:

2. Претензий к объему, качеству, срокам и результатам оказанных услуг Заказчик не имеет.
3. Настоящий Акт составлен в 2 (двух) экземплярах по одному для каждой из сторон.

4. **Подписи Сторон**

Исполнитель:	**Заказчик:**
Государственное бюджетное учреждение города Москвы Центр реабилитации инвалидов «Царицыно» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (ГБУ ЦРИ «Царицыно»)	
_____ _____ /_____/ М.П.	 _____ / _____/