

УВЕДОМЛЕНИЕ

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника» (далее - Исполнитель) уведомляет Потребителя/Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения и/или рекомендованного плана лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

При заключении договора Потребитель/Заказчик: **уведомлен** о том, что Исполнитель участвует в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа, Территориальная программа) и Соглашения, заключенного между Министерством здравоохранения Алтайского края и Исполнителем на оказание услуг по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов отдельным категориям граждан, имеющим право на меры социальной поддержки в соответствии с законами Алтайского края от 03.12.2004 № 59-ЗС «О мерах социальной поддержки жертв политических репрессий» и от 03.12.2004 № 61-ЗС «О мерах социальной поддержки отдельных категорий ветеранов» в порядке, установленном законодательством Алтайского края (далее – Целевые программы), и **подтверждает**, что в доступной для его понимания форме он был ознакомлен о **возможности получения бесплатной медицинской помощи** в рамках Программы, Территориальной программы и Целевых программ.

С уведомлением ознакомлен(а) _____ «___» _____ 202_г.

Ф.И.О. Потребителя, подпись

С уведомлением ознакомлен(а) _____ «___» _____ 202_г.

Ф.И.О. Заказчика, подпись

С Правилами предоставления платных медицинских услуг в КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» от 31.08.2023 г. и с Положением о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских услуг в КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» от 06.05.2022 г.

ознакомлен(а) _____ «___» _____ 202_г.

Ф.И.О. Потребителя, подпись

ознакомлен(а) _____ «___» _____ 202_г.

Ф.И.О. Заказчика, подпись

Договор

на оказание платных медицинских услуг

г. Барнаул _____ «___» _____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «___» _____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе

1.1. Наименование: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника». Адрес места нахождения: 656015, г. Барнаул, ул. Деповская, 13а.

1.2. Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц, ОГРН 1022200916330 присвоен 23.12.2002г., регистрирующий орган: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы России № 15 по Алтайскому краю, идентификационный номер налогоплательщика 2221013379.

1.3. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности: регистрационный № ЛО41 – 01151-22/00340875 от 21.02.2020, выданную Министерством здравоохранения Алтайского края (г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95а, тел. 62-76-24), на срок - бессрочно.

В соответствии с выданной лицензией выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии, рентгенологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

2. Предмет договора

2.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется в течение срока действия договора оказывать Потребителю платные медицинские услуги, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, а Заказчик обязуется оплачивать их в размере, порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

2.2. Полный перечень, количество, стоимость и порядок оплаты, а также сроки предоставления медицинских услуг определяются Исполнителем при каждом обращении Потребителя в соответствии с его медицинскими показаниями, с учетом особенностей здоровья организма и состояния Потребителя, хода проведения услуг и оформляются Договором-квитанцией, который является неотъемлемым приложением к настоящему договору, а Заказчик обязуется оплачивать эти услуги.

2.3. В период действия настоящего Договора при обращении за получением медицинских услуг, Потребитель/Заказчик имеет право на оформление неограниченного числа дополнительных Договоров-квитанций. При

этом обязательным условием является предъявление сотрудникам Исполнителя данного Договора в момент оформления дополнительных Договоров-квитанций.

2.4. Срок оказания медицинских услуг определяется датой заказа услуг, т.е. с момента когда Исполнитель приступает к их оказанию и указывается в Договоре-квитанции.

2.5. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует по 31 декабря 202__ года., а в части взаиморасчетов – до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

2.6. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, «Правилами предоставления платных медицинских услуг в КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» (далее – Правила предоставления платных медицинских услуг), утвержденными главным врачом КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», регулирующими порядок и условия предоставления платных медицинских услуг и настоящим договором.

3. Условия и сроки ожидания медицинских услуг

3.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.2. Медицинские услуги по настоящему Договору Исполнитель оказывает в лечебных помещениях по адресу: г. Барнаул, ул. Деповская 13а: с понедельника по пятницу с 8.00 часов до 20.00 часов, суббота, воскресенье с 8.00 до 15.00.

3.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору происходит в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг. Первичный прием - в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя. Телефон регистратуры: +7 (3852) 62-40-63 или 8-800-200-4963; Телефон для записи на платный приём: +7 (3852) 24-14-72. Повторный прием Потребителя производится в строгом соответствии со временем, указанным в талоне, выданным лечащим врачом на очередном приеме.

3.4. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг составляют:

- при наличии свободной записи - в день обращения
- при отсутствии свободной записи – не более 14 календарных дней.

3.5. При наличии заключенного Договора оказание конкретной медицинской услуги из перечисленных в Прейскуранте производится Исполнителем после оплаты ее стоимости Заказчиком в случае оказания ортопедических, ортодонтических, диагностических медицинских услуг.

3.6. В случае необходимости оказания медицинских услуг, не предусмотренных Договорами - квитанциями Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги только с согласия Потребителя/Заказчика в период действия настоящего Договора путем оформления дополнительных Договоров-квитанций.

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость медицинских услуг, определяется на основании Плана лечения, указанного в медицинской карте стоматологического пациента, согласно действующему Прейскуранту Исполнителя. Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Заказчиком в момент заказа услуги в полном объеме при подписании Сторонами Договора-квитанции на медицинские услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением Сторон.

4.2. Расчеты за предоставление платных медицинских услуг осуществляются с применением контрольно-кассовой техники. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичной форме банковской картой. По факту внесения оплаты в кассу Исполнителя Заказчику предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату (кассовый чек, квитанция).

5. Права и обязанности Сторон

5.1. Потребитель имеет право:

- получать от Исполнителя медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора;
- выбрать день и время визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя;
- на получение от работников Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинских услуг;
- на облегчение боли, связанной с заболеванием и/медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- отказаться от получения медицинских услуг, предоставив письменный отказ от медицинского вмешательства;
- на основании письменного заявления, после исполнения договора, получать в порядке, установленном приказом МЗ РФ от 31.07.2020 № 789н, без взимания дополнительной платы, отражающие состояние здоровья копии медицинских документов и выписки из медицинских документов, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях;
- при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, воспользоваться правами, предусмотренными статьей 29 Закона РФ «О защите прав потребителей»;
- Потребитель обладает и иными правами, предусмотренными действующим законодательством РФ.

5.2. Потребитель обязан:

- заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения;
- предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщать все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: соблюдать рекомендованный План лечения, все медицинские предписания, назначения и рекомендации специалистов Исполнителя, включая своевременное и полное прохождение диагностических, рентгенологических обследований, соблюдения режима лечения, приема лекарственных средств и прохождения лечебных процедур;
- сообщать о неожиданных переменах в состоянии здоровья в процессе получения медицинских услуг или после их окончания;
- проинформировать Исполнителя об обращении за оказанием медицинских услуг в другие медицинские организации или к другим специалистам (медицинским работникам) по причине того же заболевания, в связи с которым он обратился к Исполнителю;
- соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

- предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме, установленной Исполнителем;
 - подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- Потребитель несет и иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик имеет право:

- на получение полной информации об Исполнителе и предоставляемых им услугах;
- на получение справки об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- Заказчик обладает и иными правами, предусмотренными действующим законодательством РФ.

5.4. Заказчик обязан:

- оплачивать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора, а в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору;
 - соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», правила техники безопасности и пожарной безопасности;
- Заказчик несет и иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

5.5. Исполнитель имеет право:

- получать от Потребителя информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему договору;
- требовать от Потребителя соблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника Исполнителя, в том числе назначенного режима и плана лечения, а также соблюдения Правил внутреннего распорядка для пациентов и посетителей КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», правил техники безопасности и пожарной безопасности;
- отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае отказа Потребителя подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Потребителю в порядке «живой» очереди и (или) через назначение нового времени ее оказания.

Исполнитель обладает и иными правами, предусмотренными действующим законодательством РФ.

5.6. Исполнитель обязан:

- предоставлять медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям. В соответствии со ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;
- при возникновении обстоятельств, которые могут привести к снижению качества оказываемой медицинской услуги, разъяснить Потребителю/Заказчику в доступной форме возможные последствия наступления данных обстоятельств;
- перед оказанием медицинских услуг медицинский работник Исполнителя устанавливает отсутствие противопоказаний для проведения медицинского вмешательства. При выявлении противопоказаний для проведения медицинского вмешательства, Исполнитель вправе отказать Потребителю в оказании медицинской услуги;
- заменить лечащего врача в случае его отсутствия по болезни, в период командировки, обучения, отпуска, а также в случае расторжения трудового договора или по другим объективным причинам, по согласованию с Потребителем;
- соблюдать врачебную тайну, а также обеспечивать конфиденциальность персональных данных Потребителя/Заказчика;
- по требованию Заказчика выдать справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;

Исполнитель несет и иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

6. Ответственность сторон и порядок разрешения спора

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения Потребителем установленных правил пользования товаром, результатами работы, услуги или их хранения.

6.4. Разногласия и споры, возникшие между Потребителем и Исполнителем, подлежат разрешению в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

7. Порядок изменения, расторжения Договора и процедура возврата денежных средств

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон. Любые изменения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

Заказчик вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. Возврат денежных средств Заказчику при расторжении договора производится в следующем порядке:

7.3.1. Потребитель/Заказчик подает письменное заявление на имя главного врача КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника» о расторжении договора и возврате денежных средств с учетом удержания суммы за фактически понесенные Исполнителем расходы, прилагая к заявлению кассовый чек, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг, Договор-квитанцию и Договор-Наряд.

7.3.2. Возврат денежных средств Заказчику производится в течение 2-х рабочих дней со дня подачи заявления со всеми необходимыми документами и оформления соглашения о расторжении договора на оказание платных медицинских услуг в том же порядке как было оплачено Заказчиком за оказание платных медицинских услуг (наличными через кассу или с использованием терминала через банковскую карту).

По Соглашению Сторон может быть предусмотрен и иной порядок возврата.

8. Заключительные положения

8.1. Настоящим Потребитель/Заказчик уведомлен:

- при нахождении на лечении граждане в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

8.2. Все дополнительные соглашения подписанные Сторонами (Договора-Квитанции), являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

8.3. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

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

9. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ " Краевая
стоматологическая поликлиника"
Адрес: 656015, г.Барнаул, ул.Деповская, д. 13а

ОГРН1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП 222101001,
р/с 40601810701731000001,
Отделение Барнаул, г.Барнаул
БИК 040173001
ОКПО 01911488
Тел.8(385 2)62-40-63
Эл.почта: kgbuz.ksp@corp.zdravalt.ru

(Ф.И.О., подпись)

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: места жительства _____

Иные адреса, на которые Исполнитель может
направлять ответы на письменные
обращения _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

М.П.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я,

паспорт
серия _____ № _____ выдан: _____
дата выдачи: _____, код подразделения: _____, проживающий (ая) по
адресу: _____

в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона "О персональных данных" N 152-ФЗ от 27.07.2006 г., подтверждаю своё согласие на обработку КГБУЗ «Краевая стоматологическая поликлиника», г. Барнаул, ул.Деповская,13-а (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг, заключения договора на медицинские услуги моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в целях моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ОМС (ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ОМС (ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ (наименование организации) с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует до окончания срока действия. Договора на оказания платных медицинских услуг. Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в срок указанный в заявлении.

Подпись Субъекта персональных данных _____

Приложение к договору № _____ от «___» _____ 202_ г.

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «___» _____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «___» _____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Перечень медицинских услуг, количество и сумма

Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

Код услуги	Наименование медицинских услуг	Количество	Сумма

Лечащий врач _____

2. Порядок и срок оплаты

Оплата медицинских услуг, предусмотренных п.1 настоящего Договора осуществляется Заказчиком/Потребителем _____ в сумме _____ в срок «___» _____ 202_ г.

Наличными, в безналичной форме банковской картой

При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам осмотра лечащим врачом, обследования и/или лечения стоимость оказываемых медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3. Срок оказания услуг: Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг «___» _____ 202_ г.

Срок оказания медицинских услуг зависит от диагноза и сложности лечения и определен в Плане лечения Потребителя, который указан в медицинской карте стоматологического больного и с которым Потребитель ознакомлен под подпись.

4. Срок действия договора: Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя обязательств.

5. Прочие условия: Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться условиями Договора, заключенного на текущий календарный год.

6. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ " Краевая
стоматологическая поликлиника"
Адрес: 656015, г. Барнаул,
ул. Деповская, д. 13а
ОГРН 1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП
222101001,
р/с 40601810701731000001,
Отделение Барнаул, г. Барнаул
БИК 040173001
ОКПО 01911488
Тел. 8(385 2)62-40-63
Эл. почта:
kgbuz.ksp@corp.zdravalt.ru

(Ф.И.О., подпись)
М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Акт об оказании услуг

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «__» ____ 202_ г.

г. Барнаул

«__» ____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «__» ____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Услуги Потребителю оказаны в срок _____ с _____ по _____
2. Услуги оказаны на сумму _____ (_____) рублей.
3. Стороны взаимных претензий не имеют.
4. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ " Краевая
стоматологическая поликлиника"
Адрес: 656015, г. Барнаул,
ул. Деповская, д. 13а
ОГРН1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП
222101001,

(Ф.И.О., подпись)
М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Приложение к договору № _____ от «__» _____ 202_ г.

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «__» _____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «__» _____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Перечень медицинских услуг, количество и сумма

Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

Код услуги	Наименование медицинских услуг	Количество	Сумма

Лечащий врач _____

2. Порядок и срок оплаты

Оплата медицинских услуг, предусмотренных п.1 настоящего Договора осуществляется Заказчиком/Потребителем _____ в сумме _____ в срок «__» _____ 202_ г.

Наличными, в безналичной форме банковской картой

При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам осмотра лечащим врачом, обследования и/или лечения стоимость оказываемых медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3. Срок оказания услуг: Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг «__» _____ 202_ г.

Срок оказания медицинских услуг зависит от диагноза и сложности лечения и определен в Плане лечения Потребителя, который указан в медицинской карте стоматологического больного и с которым Потребитель ознакомлен под подпись.

4. Срок гарантии и срок службы устанавливается (ортодонтические услуги):

Наименование услуги	Срок гарантии	Срок службы
Каппа (съёмный ретейнер)	10 месяцев	18 месяцев

При достижении желаемого/запланированного результата ортодонтического лечения (исправление аномалий прикуса и положения зубов) брекет - системой (на несъемной технике) сроки службы и гарантии составляют 24 месяца при условии зафиксированного несъемного ретейнера.

5. Срок действия договора: Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя обязательств.

6. Прочие условия: Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться условиями Договора, заключенного на текущий календарный год.

7. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника" Адрес: 656015, г. Барнаул, ул. Деповская, д. 13а ОГРН 1022200916330, ИНН 2221013379/КПП 222101001, р/с 40601810701731000001, Отделение Барнаул, г. Барнаул БИК 040173001 ОКПО 01911488 Тел. 8(385 2)62-40-63 Эл. почта kgbuz.ksp@corp.zdravalt.ru (Ф.И.О., подпись) М.П.	Заказчик: _____ (Ф.И.О.) Адрес: _____ Паспортные данные: серия ____ № ____ выдан _____ Телефон: _____ Адрес эл. почты: _____ _____ подпись	Потребитель: _____ (Ф.И.О.) Адрес: _____ Паспортные данные: серия ____ № ____ выдан _____ Телефон: _____ Адрес эл. почты: _____ _____ подпись

Акт об оказании услуг

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «___» _____ 202_ г.

г. Барнаул

«___» _____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «___» _____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Услуги Потребителю оказаны в срок _____ с _____ по _____
2. Услуги оказаны на сумму _____ (_____) рублей.
3. Стороны взаимных претензий не имеют.
4. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ " Краевая
стоматологическая поликлиника"
Адрес: 656015, г. Барнаул,
ул. Дёповская, д. 13а
ОГРН 1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП 222101001

(Ф.И.О., подпись)
М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Приложение к договору № _____ от «__» _____ 202__ г.

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «__» _____ 202__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «__» _____ 202__ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Перечень медицинских услуг, количество и сумма

Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

Код услуги	Наименование медицинских услуг	Количество	Сумма

Лечащий врач _____

2. Порядок и срок оплаты

Оплата медицинских услуг, предусмотренных п.1 настоящего Договора осуществляется Заказчиком/Потребителем _____ в сумме _____ в срок «__» _____ 202__ г.

Наличными, в безналичной форме банковской картой

При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам осмотра лечащим врачом, обследования и/или лечения стоимость оказываемых медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3. Срок оказания услуг: Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг «__» _____ 202__ г.

Срок оказания медицинских услуг зависит от диагноза и сложности лечения и определен в Плане лечения Потребителя, который указан в медицинской карте стоматологического больного и с которым Потребитель ознакомлен под подпись.

4. Срок гарантии и срок службы устанавливается (ортопедические услуги):

Наименование услуги	Срок гарантии	Срок службы
Вкладки (меладллические, композитные, металлокерамические, фарфоровые); Виниры	12 месяцев	24 месяца
Коронки:		
Из пластмассы; Из композиционного материала; Штампованные коронки из стали; Штампованные коронки с пластмассовой облицовкой; Цельнолитые коронки с облицовкой.	12 месяцев	18 месяцев
Из металлокерамики; Безметалловая керамика; Цельнолитые коронки.	12 месяцев	24 месяца
Пластмассовые коронки временные (лабораторным методом)	1 месяц	3 месяца
Адгезивные протезы	12 месяцев	12 месяцев
Мостовидные протезы:		
Паянные; Цельнолитые с облицовкой.	12 месяцев	18 месяцев
Безметалловой керамики; Цельнолитые; Из металлокерамики.	12 месяцев	24 месяца
Съемные протезы:		
Бюгельные протезы	12 месяцев	24 месяца

Частичные съемные пластиночные протезы; Полные съемные пластиночные протезы; Съемные протезы с опорой на импланты.	12 месяцев	18 месяцев
--	------------	------------

При неудовлетворительной гигиене полости рта (индекс гигиены Грина-Вермиллиона более 1,7 или Федорова-Володкиной более 2,1) срок гарантии и срок службы уменьшается в 2 раза.

1. **Не устанавливаются** гарантийные сроки и сроки службы на ортопедические стоматологические услуги:

- на временные ортопедические конструкции (пластмассовые временные коронки, изготовленные прямым методом);
- при подвижности зубов (пародонтит средней или тяжелой степени).

2. До момента сдачи ортопедической конструкции Потребитель имеет право требовать переделки/коррекции работы по причинам:

- неверно выполнен цвет, размер или форма зуба в ортопедической конструкции.

5. Срок действия договора: Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя обязательств.

6. Прочие условия: Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться условиями Договора, заключенного на текущий календарный год.

7. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника"

Адрес: 656015, г. Барнаул,

ул. Деповская, д. 13а

ОГРН 1022200916330,

ИНН 2221013379/КПП

222101001,

р/с 40601810701731000001,

Отделение Барнаул, г. Барнаул

БИК 040173001

ОКПО 01911488

Тел. 8(385 2)62-40-63

Эл. почта:

kgbuz.ksp@corp.zdravalt.ru

(Ф.И.О., подпись)

М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Акт об оказании услуг

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «__» _____ 202__ г.

г. Барнаул

«__» _____ 202__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «__» _____ 202__ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Услуги Потребителю оказаны в срок _____ с _____ по _____
2. Услуги оказаны на сумму _____ (_____) рублей.
3. Стороны взаимных претензий не имеют.
4. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ "Краевая стоматологическая поликлиника"

Адрес: 656015, г. Барнаул,

ул. Деповская, д. 13а

ОГРН 1022200916330

ИНН 2221013379/КПП 222101001

(Ф.И.О., подпись) М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Приложение к договору № _____ от « ____ » _____ 202_ г.

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от « ____ » _____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице кассира _____, действующего на основании Доверенности № _____ от « ____ » _____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Перечень медицинских услуг, количество и сумма

Исполнитель обязуется оказать следующие услуги:

Код услуги	Наименование медицинских услуг	Количество	Сумма

Лечащий врач _____

2. Порядок и срок оплаты

Оплата медицинских услуг, предусмотренных п.1 настоящего Договора осуществляется Заказчиком/Потребителем _____ в сумме _____ в срок « ____ » _____ 202_ г.

Наличными, в безналичной форме банковской картой

При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам осмотра лечащим врачом, обследования и/или лечения стоимость оказываемых медицинских услуг может быть изменена с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3. Срок оказания услуг: Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг « ____ » _____ 202_ г.

Срок оказания медицинских услуг зависит от диагноза и сложности лечения и определен в Плане лечения Потребителя, который указан в медицинской карте стоматологического больного и с которым Потребитель ознакомлен под подпись.

4. Срок гарантии и срок службы устанавливается (терапевтические услуги):

Наименование услуги	Срок гарантии	Срок службы
Пломба из цемента (силикатного, силикофосфатного, стеклоиономерного):		
Класс по Блэку I, II, III, IV, V	6 месяцев	6 месяцев
Пломба из химического композита		
Класс по Блэку I	9 месяцев	12 месяцев
Класс по Блэку II, III, IV, V	6 месяцев	12 месяцев
Пломба из композита светового отверждения		
Класс по Блэку I,	12 месяцев	24 месяцев
Класс по Блэку II, III, V;	12 месяцев	18 месяцев
Класс по Блэку IV,	12 месяцев	12 месяцев
Пломба с парапульпарным штифтом	12 месяцев	12 месяцев
Шинирование	12 месяцев	12 месяцев
Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)		
Пломбирование корневых каналов:		
пастой (силлером)	6 месяцев	6 месяцев
гуттаперчей с силлером	12 месяцев	12 месяцев

При неудовлетворительной гигиене полости рта (индекс гигиены Грина-Вермиллиона более 1,7 или Федорова-Володкиной более 2,1) срок гарантии и срок службы уменьшается в 2 раза.

5. Срок действия договора: Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя обязательств.

6. Прочие условия: Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться условиями Договора, заключенного на текущий календарный год.

7. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: КГБУЗ " Краевая
стоматологическая поликлиника"
Адрес: 656015, г. Барнаул,
ул. Деповская, д. 13а
ОГРН 1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП
222101001,
р/с 40601810701731000001,
Отделение Барнаул, г. Барнаул
БИК 040173001
ОКПО 01911488
Тел. 8(385 2)62-40-63
Эл. почта:
kgbuz.ksp@corp.zdravalt.ru

(Ф.И.О., подпись)
М.П.

Заказчик: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____ (Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Акт об оказании услуг

Договор – Квитанция (далее - Договор) № _____ от «__» ____ 202_ г.

г. Барнаул

«__» ____ 202_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача _____, действующего на основании Доверенности № _____ от «__» ____ 202_ г., с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Услуги Потребителю оказаны в срок _____ с _____ по _____
2. Услуги оказаны на сумму _____ (_____) рублей.
3. Стороны взаимных претензий не имеют.
4. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

5. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:
КГБУЗ " Краевая
стоматологическая
поликлиника"
Адрес: 656015, г. Барнаул,
ул. Деповская, д. 13а
ОГРН 1022200916330,
ИНН 2221013379/КПП
222101001

(Ф.И.О., подпись)
М.П.

Заказчик: _____
(Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись

Потребитель: _____
(Ф.И.О.)

Адрес: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____
выдан _____

Телефон: _____

Адрес эл. почты: _____

подпись