

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____ (Ф.И.О. потребителя полностью),

настоящим подтверждаю, что в соответствии с требованием, изложенным в пунктах 7, 20 и 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, работниками ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №2 г. Уфа до заключения договора об оказании платных медицинских услуг мне разъяснено и понятно:

- 1) право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 2) что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
- 3) что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №2 г. Уфа.

Я добровольно изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №2 г. Уфа.

Информацию до «Потребителя» довел: ✓ _____ «___» _____ 20__ г.
(подпись) (инициалы, фамилия врача)

«Потребитель»: ✓ _____ «___» _____ 20__ г.
(подпись) (инициалы, фамилия)

ДОГОВОР

предоставления платных медицинских услуг № _____

г. Уфа «___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа, адрес местонахождения и осуществления медицинской деятельности: 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/3; 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/4; 450081, Республика Башкортостан, г. Уфа, Российская, д.11 (*нужное подчеркнуть*), ИНН 0277013401, ОГРН 1020203086243, свидетельство о ЕГРЮЛ выдано Межрайонной инспекцией ФНС № 39 по РБ 30.12.2011 г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице лечащего врача - [должность **врача-стоматолога**, категория, фамилия, имя, отчество], действующий(ая) на основании доверенности [№, дата], с одной стороны, и [фамилия, имя, отчество (**при наличии**)], именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

- "платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);
- "потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- "исполнитель" - медицинская организация - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются «Исполнителем» на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности №Л041-01170-02/00383687 от 20.02.2015, срок действия лицензии - бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, находящимся по адресу: 450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 23, телефон: 8(347)250-33-10, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией по адресу мест осуществления вида деятельности:

- 450075, Республика Башкортостан, город Уфа, проспект Октября, дом 105/3: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.
- 450075, Республика Башкортостан, город Уфа, проспект Октября, дом 105/4: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической.
- 450081, Республика Башкортостан, город Уфа, улица Российская, дом 11: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему Договору «Исполнитель» обязуется предоставить «Потребителю» медицинские услуги, а «Потребитель» – принять предоставленные медицинские услуги и оплатить их стоимость, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с **Порядком** оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утв. **приказом** Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. №786н;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются «Потребителю» в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию «Потребителя».

2.4. Получателем платных медицинских услуг по настоящему Договору является «Потребитель».

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя», данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность «Исполнителя», является общедоступным и размещен для ознакомления на сайте «Исполнителя», доступен «Потребителю» для ознакомления на информационных стендах (стойках) «Исполнителя».

2.7. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1 к Договору).

2.8. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется датой и временем обращения «Потребителя» к «Исполнителю». Сроки предоставления конкретных платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья «Потребителя», графика визитов «Потребителя», расписания работы лечащего врача, периода, необходимого для изготовления медицинских конструкций и согласовываются «Сторонами».

2.9. Сроки ожидания оказания платных медицинских услуг _____, в день обращения (*нужное вписать или подчеркнуть*).

2.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» обязуется:

3.1.1. Оказать «Потребителю» платные медицинские услуги в объеме, предусмотренном условиями настоящего Договора:

- в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с **Порядками** оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

3.1.2. Предоставить «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.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных «Потребителю» услуг, а также денежных средств, поступивших от «Потребителя».

3.1.6. Немедленно извещать «Потребителя» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.2. «Исполнитель» вправе:

3.2.1. При выявлении у «Потребителя» противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от «Потребителя» соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3. «Потребитель» обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную «Исполнителем» медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.3.2. Предоставить «Исполнителю» данные 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.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. «Потребитель» имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получить у «Исполнителя» 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, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость предоставляемых по настоящему договору платных медицинских услуг указана в «Перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором» (Приложение №1 к Договору) (далее - Перечень), при этом он является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых «Потребителю», определяется исходя из действующего у «Исполнителя» Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг в Перечне.

4.3. «Потребителю» может быть предоставлена скидка в соответствии с «Программой лояльности» «Исполнителя».

4.4. Оплата услуг «Потребителем» осуществляется поэтапно по факту выполнения работ (услуг) в день их оказания.

4.5. В целях обеспечения выполнения ортопедических, ортодонтических работ (услуг), дентальной имплантации «Потребитель» должен до начала их выполнения внести (оплатить) «Исполнителю» аванс в размере 30% (тридцать процентов) от стоимости предусмотренных Перечнем. Оставшаяся часть неоплаченной суммы должна быть оплачена «Потребителем» в день выполнения очередного этапа работы (услуги) на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ по предоставлению платных медицинских услуг.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня, подписанного «Сторонами», по выбору «Потребителя», как наличными денежными средствами, так и иными способами, не запрещенными законодательством Российской Федерации. После оплаты услуг «Потребителю» в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

4.7. Окончательная стоимость платных медицинских услуг указывается в Акте выполненных работ по предоставлению платных медицинских услуг (далее – Акт), который подписывается «Сторонами» (Приложение №2 к Договору).

4.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Потребителя». В данном случае оформляется Дополнительное соглашение к договору (Приложение №3 к Договору) или новый договор. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости «Исполнитель» не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.9. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг «Исполнителя», действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.10. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления «Сторон», объем оказываемых «Потребителю» услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, «Стороны» подписывают Дополнительное соглашение к договору (Приложение №4 к Договору), являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с «Потребителя» удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный «Потребителем» по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4.11. В целях защиты прав потребителя «Исполнитель» по обращению «Потребителя» выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы «Потребителя» на оказанные медицинские услуги:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

4.12. «Исполнитель» принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в «Положении о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги» «Исполнителя».

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления «Потребителем» неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п.3.3.4 настоящего договора.

5.4. «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.

6. Конфиденциальность

6.1. «Стороны» берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения «Потребителя» за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. Подписание «Сторонами» настоящего договора означает, что при заключении настоящего договора «Потребителю» предоставлена следующая информация:

- режим работы «Исполнителя», график работы медицинских работников «Исполнителя», о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. «Потребитель» подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), клинические рекомендации, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- гарантийные сроки устанавливаются «Исполнителем» в соответствии с «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги» и соблюдаются «Исполнителем» при выполнении «Потребителем» условий настоящего Договора;
- 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;
- предоставление скидки согласно Программе лояльности «Исполнителя»;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. «Потребитель» вправе направить обращение (жалобу) «Исполнителю»: электронная почта: ufa.sp2@doctorrb.ru; на сайт поликлиники: stomat02.ru; телефон отдела по работе с обращениями граждан: +7 (903) 312-1351; личное обращение (предварительная запись по телефону: +7 (347) 235-45-52).

7.4. «Потребитель» вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде. Информация о контролирующих организациях указана на информационных стендах и сайте поликлиники stomat02.ru.

7.5. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств «Сторонами».

7.6. В случае отказа «Потребителя» после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом «Потребитель» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.7. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй - у «Потребителя».

7.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, «Стороны» руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8. Реквизиты и подписи сторон

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника

№ 2 города Уфа

Юридический адрес/почтовый адрес:

450075, Республика Башкортостан,

г. Уфа, проспект Октября, 105/3

Телефон: 8(347) 235-45-60

Адрес электронной почты/ Сайт:

stomat02@yandex.ru / stomat02.ru

БИК 018073401

к/счёт 40102810045370000067

ОГРН 1020203086243

ИНН 0277013401

КПП 027701001

ОКТМО 80701000

р/счёт 03224643800000000100

Отделение – НБ Республика Башкортостан//

УФК по Республика Башкортостан г. Уфа

л/счёт 20112042280

КБК 85400000000000000131

«Потребитель»:

[фамилия, имя и отчество (при наличии)],
проживающий(ая) по адресу:

[адрес места жительства, иные адреса, на
которые исполнитель может направлять
ответы на письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может
направлять ответы на письменные
обращения]

паспорт: [данные документа, удостоверяющего
личность]

телефон [указать номер]

[подпись, инициалы, фамилия]

QR-код на прейскурант

QR-код на Программа лояльности

QR-код на гарантии

М.П. Сведения о лице, заключающем

Договор от имени «Исполнителя»:

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором

Код медицинской 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
Диагноз							
						итого	
					Скидка (при наличии)		
					Итого (с учетом скидки)		

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника
№ 2 города Уфа

Юридический адрес/почтовый адрес:

450075, Республика Башкортостан,
г. Уфа, проспект Октября, 105/3

Телефон: 8(347) 235-45-60Адрес электронной почты/ Сайт:

stomat02@yandex.ru/ stomat02.ru

БИК 018073401

к/счѐт 40102810045370000067

ОГРН 1020203086243

ИНН 0277013401

КПП 027701001

ОКТМО 80701000

р/счѐт 03224643800000000100

Отделение – НБ Республика Башкортостан//

УФК по Республика Башкортостан г. Уфа

л/счѐт 20112042280

КБК 854000000000000000131

М.П.

Сведения о лице, заключающем

Договор от имени «Исполнителя»:

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

«Потребитель»:

[фамилия, имя и отчество (при наличии)],
проживающий(ая) по адресу:

[адрес места жительства, иные адреса, на которые
исполнитель может направлять ответы на
письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может
направлять ответы на письменные обращения]

паспорт: [данные документа, удостоверяющего
личность]

телефон [указать номер]

_____ [подпись, инициалы, фамилия]

**АКТ выполненных работ по
предоставлению платных медицинских услуг**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа, в лице лечащего врача - [должность, категория, фамилия, имя, отчество], действующий(ая) на основании доверенности [№, дата], именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и [фамилия, имя и отчество (при наличии)], именуемое в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором предоставления платных медицинских услуг [№ от дата] «Исполнитель» оказал «Потребителю» следующие платные медицинские услуги:

Код медицинской 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
Диагноз							
					итого		
					Скидка (при наличии)		
					Итого (с учетом скидки)		

2. Услуги, перечисленные в п.1 настоящего Акта, оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации.
3. Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству оказанных «Исполнителем» медицинских услуг и к договорной стоимости медицинских услуг «Потребитель» не имеет.
4. Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора предоставления платных медицинских услуг [№ от дата] и вступает в силу с момента его подписания «Сторонами».
5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон» и является неотъемлемой частью Договора предоставления платных медицинских услуг [№ от дата].

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2
города Уфа

Юридический адрес/почтовый адрес:

450075, Республика Башкортостан,

г. Уфа, проспект Октября, 105/3

Телефон: 8(347) 235-45-60

Адрес электронной почты/ Сайт:

stomat02@yandex.ru/ stomat02.ru

БИК 018073401

к/счѐт 40102810045370000067

ОГРН 1020203086243

ИНН 0277013401

КПП 027701001

ОКТМО 80701000

р/счѐт 0322464380000000100

Отделение – НБ Республика Башкортостан//

УФК по Республика Башкортостан г. Уфа

л/счѐт 20112042280

КБК 85400000000000000131

М.П.

Сведения о лице, заключающем

Договор от имени «Исполнителя»:

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

«Потребитель»:

[фамилия, имя и отчество (при наличии)],

проживающий(ая) по адресу:

[адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность]

телефон [указать номер]

_____ [подпись, инициалы, фамилия]

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
к Договору предоставления платных медицинских услуг [№ от дата]

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа, в лице лечащего врача - [должность, категория, фамилия, имя, отчество], действующий(ая) на основании доверенности [№, дата], именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и [фамилия, имя и отчество (при наличии)], именуемое в дальнейшем «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 медицинской 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
Диагноз							
					итого		
					Скидка (при наличии)		
					Итого (с учетом скидки)		

2. Итого стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых по заключенному «Сторонами» договору составляет [сумма цифрами рублей], (сумма прописью) рублей. В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, «Стороны» руководствуются положениями Договора.
3. Платные медицинские услуги будут оказаны «Потребителю» в структурном подразделении «Исполнителя» по адресу: 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/3; 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/4; 450081, Республика Башкортостан, г. Уфа, Российская, д.11 (нужное подчеркнуть). В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, стороны руководствуются положениями Договора.
4. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания обеими «Сторонами».
5. «Исполнитель» проинформировал «Потребителя» о наличии медицинских показаний к получению дополнительных медицинских услуг.
6. «Потребитель» обязуется оплатить денежную сумму, указанную в п. 1 настоящего Соглашения, в течение одного банковского дня, следующего за днем подписания настоящего Соглашения. Оплата производится в кассу «Исполнителя».
7. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из «Сторон».

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
 Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2
 города Уфа

Юридический адрес/почтовый адрес:

450075, Республика Башкортостан,
 г. Уфа, проспект Октября, 105/3
 Телефон: 8(347) 235-45-60

Адрес электронной почты/ Сайт:

stomat02@yandex.ru/ stomat02.ru
 БИК 018073401

к/счѐт 401028100453700000067

ОГРН 1020203086243

ИНН 0277013401

КПП 027701001

ОКТМО 80701000

р/счѐт 03224643800000000100

Отделение – НБ Республика Башкортостан//

УФК по Республика Башкортостан г. Уфа

л/счѐт 20112042280

КБК 854000000000000000131

М.П.

Сведения о лице, заключающем

Договор от имени «Исполнителя»:

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

«Потребитель»:

[фамилия, имя и отчество (при наличии)],

проживающий(ая) по адресу:

[адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность]

телефон [указать номер]

_____ [подпись, инициалы, фамилия]

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

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа, в лице лечащего врача - [должность, категория, фамилия, имя, отчество], действующий(ая) на основании доверенности [№, дата], именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и [фамилия, имя и отчество (при наличии)], именуемое в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящее соглашение (далее – Соглашение)- сократить предоставляемые платные медицинские услуги:

1. Согласованный «Сторонами» перечень платных медицинских услуг, которые не будут оказаны «Потребителю»:

Код медицинской 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
Диагноз							
					итого		
					Скидка (при наличии)		
					Итого (с учетом скидки)		

- Итого стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых по заключенному «Сторонами» договору составляет [сумма цифрами рублей], (сумма прописью) рублей. В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, «Стороны» руководствуются положениями Договора.
- Платные медицинские услуги будут оказаны «Потребителю» в структурном подразделении «Исполнителя» по адресу: 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/3; 450075, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, 105/4; 450081, Республика Башкортостан, г. Уфа, Российская, д.11(нужное подчеркнуть). В остальном, что не оговорено настоящим Соглашением, стороны руководствуются положениями Договора.
- Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания обеими «Сторонами».
- Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из «Сторон».

«Исполнитель»:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 2 города Уфа

Юридический адрес/почтовый адрес:

450075, Республика Башкортостан,

г. Уфа, проспект Октября, 105/3

Телефон: 8(347) 235-45-60

Адрес электронной почты/ Сайт:

stomat02@yandex.ru/ stomat02.ru

БИК 018073401

к/счѐт 40102810045370000067

ОГРН 1020203086243

ИНН 0277013401

КПП 027701001

ОКТМО 80701000

р/счѐт 03224643800000000100

Отделение – НБ Республика Башкортостан//

УФК по Республика Башкортостан г. Уфа

л/счѐт 20112042280

ББК 85400000000000000131

М.П.

Сведения о лице, заключающем

Договор от имени «Исполнителя»:

[должность, подпись, инициалы, фамилия]

«Потребитель»:

[фамилия, имя и отчество (при наличии)], проживающий(ая) по адресу:

[адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

[иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения]

паспорт: [данные документа, удостоверяющего личность]

телефон [указать номер]

_____ [подпись, инициалы, фамилия]