

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ (СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ) УСЛУГ № \_\_\_\_\_

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Медицинское учреждение «Поликлиника Федерации Независимых Профсоюзов России» (далее – МУ «Поликлиника ФНПР», «Исполнитель», «Клиника»), в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» («Клиника»), с одной стороны, и гражданин (-ка):

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_,

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» («Потребитель»), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента при наличии медицинских показаний оказать Пациенту платные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых определяются в соответствии с Планом лечения, приложениями и дополнительными соглашениями к настоящему Договору, медицинскими показаниями и противопоказаниями, а Пациент – принять оказанные услуги и оплатить их стоимость согласно прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР» в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736), Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговаривается действующим прейскурантом Исполнителя, находящимся на его информационном стенде. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Пациентом дополнительно. Пациент осведомлен о возможности осуществления Исполнителем отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также о возможности оказания медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандартов медицинской помощи.

1.4. Пациент настоящим подтверждает, что он ознакомлен с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказанные в МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР», нормы которого являются неотъемлемой частью настоящего Договора, понимает и принимает их, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей в МУ «Поликлиника ФНПР» и обязуется их соблюдать, с перечнем предоставляемых Клиникой Услуг, стоимостью и условиями их предоставления, уведомлен о действующих льготах для отдельных категорий граждан,

1.5. Настоящим Пациент подтверждает, что он уведомлен об осуществлении Клиникой видео- и(или) аудиозаписи в помещениях Клиники, ведущейся с целью повышения качества оказания Услуг.

## 2. Порядок, условия и сроки оказания платных медицинских услуг

2.1. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность по адресу: 119334, г. Москва, Ленинский проспект, д. 37 А на основании выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы лицензии на осуществление медицинской деятельности № № Л041-01137-77/00315352 от 01 августа 2017 года. В соответствии с данной лицензией по вышеуказанному адресу Исполнителем при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) в части, касающейся стоматологического лечения: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; рентгенологии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; физиотерапии.

2.2. Детализация оказываемых Пациенту медицинских услуг указывается в предварительном Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора. Перечень и стоимость всех медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, определена в Прейскуранте стоимости платных медицинских услуг, с которым Пациент может ознакомиться у администратора клиники. Предварительный План лечения (далее по тексту – План лечения) составляется после первичного осмотра, обследования и диагностики и может изменяться по соглашению Сторон и по медицинским показаниям. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость

изменить предварительный План лечения в связи с необходимостью оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после подписания Пациентом нового Плана лечения с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, без оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без оказания дополнительных услуг исполнение настоящего Договора невозможно, в том числе в связи с риском наступления значительных негативных последствий для здоровья Пациента, настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.3. Необходимым условием исполнения Договора является письменное согласие Пациента с предложенным предварительным Планом лечения, оформленное подписью Пациента в предварительном Плане лечения. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможных негативных последствиях предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.4. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и другим медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным предварительным Планом лечения и с соблюдением утвержденных Правил оказания медицинских услуг и Правил внутреннего распорядка для пациентов и посетителей в клинике Исполнителя, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.5. Срок оказания Услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, графика работы специалистов Исполнителя и указывается в предварительном Плане лечения.

2.6. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от графика работы специалистов Исполнителя. Срок ожидания первичного приема (осмотра) Пациента врачами-специалистами без предварительной записи, при обращении пациента с заболеванием, требующим неотложной/экстренной помощи - в течение 2-х часов с момента обращения Пациента в Клинику; срок ожидания проведения консультаций врачей-специалистов в плановом порядке не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения Пациента в Клинику (назначения консультации) лечащим врачом; срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований не должны превышать 14 рабочих дней со дня их назначения. При обращении пациента по вопросу проведения сложных стоматологических вмешательств, включая установку имплантатов, - в течение 6-8 месяцев с начала лечения.

2.7. Пациент подтверждает, что он уведомлен о наличии альтернативной 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.

2.8. Пациент подтверждает, что он ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736) и действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

2.9. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги только на основании заключенного договора с Пациентом в соответствии с п. 2 ст. 84 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае отказа Пациента от заключения договора Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании медицинских услуг, кроме случаев, когда Пациенту требуется оказание экстренной медицинской помощи.

2.10. До подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о профессиональном образовании и квалификации медицинских работников Исполнителя.

### **3. Права и обязанности сторон**

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи клиническим рекомендациям.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, предварительным Планом лечения и стоимостью услуг. При изменении Плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Пациента при его несогласии с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Пациента о последствиях.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять как устные, так и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе до начала оказания Услуг по настоящему Договору информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых препаратах и т.п.; выполнять назначения врача, соблюдать режим лечения, в том числе не нарушать график визитов в клинику Исполнителя для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать Информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг, Планы лечения, Акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и/или Приложения к настоящему Договору.

3.2.3. Явиться в клинику не позднее, чем за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита. В случае неявки в клинику Исполнителя при отсутствии предварительного уведомления Исполнителя без уважительных причин, Пациент обязуется компенсировать фактически понесенные Исполнителем затраты, включая оплату вынужденного простоя врача.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных специалистами других лечебных учреждений или принимаемых самостоятельно, и не получать стоматологических услуг в других медицинских организациях без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом Исполнителя, оплатив фактически оказанные услуги и другие понесенные Исполнителем затраты, связанные с оказанием услуг по Договору.

3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт оказанных услуг.

3.2.8. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем рекомендации, правила поведения и условия гарантии.

3.2.9. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. При заказе комплексной услуги со скидкой (согласно подписанному Пациентом Плану лечения) и последующем отказе от завершения лечения, возместить Исполнителю разницу в стоимости фактически оказанных услуг, оплаченной Пациентом, и установленной Прейскурантом.

3.2.10. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения (осуществлять ежедневный домашний уход за полостью рта, посещать процедуру профессиональной гигиены не реже чем 1 раз в 6 месяцев, а в целях гарантийного обслуживания — с периодичностью, указанной в Положении о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказанные в МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР») или в назначении (рекомендации) врача, соблюдать правила использования ортопедических конструкций, ухода за конструкциями в домашних условиях (использование специализированных паст и зубных щеток, очищающих таблеток), при хирургических вмешательствах с имплантацией - повторный осмотр должен состояться не позднее 3-6 месяцев после окончания лечения с целью оценки результатов лечения, проведение контрольных рентгенограмм - через 3, 6 и 12 месяцев; и т.д.). При прохождении всего курса оказания Услуг отказаться от употребления лекарственных препаратов, если это не показано или не допускается конкретным видом оказываемой Услуги, наркотических психотропных препаратов, алкоголя, согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

3.3 Исполнитель вправе:

3.3.1. По согласованию с Пациентом изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам План лечения, включая вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору и Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказанные в МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР».

3.3.4. Предложить Пациенту расторгнуть настоящий Договор при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем Планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в План лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при неоднократной неявке Пациента на прием без уведомления, при несоблюдении Пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

3.3.5. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание медицинской услуги в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья. При необходимости в

согласованный сторонами План лечения в части оказываемых медицинских услуг и сроков их оказания вносятся корректировки в порядке, установленном пунктом 2.2 настоящего Договора.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.4.3. Получать выписки из медицинской документации, копии медицинских документов в установленном законом порядке на основании письменного запроса.

3.4.4. Расторгнуть Договор в одностороннем порядке посредством письменного отказа от лечения. При этом фактически оказанные Исполнителем платные медицинские услуги и всех понесенные Исполнителем затраты подлежат оплате Пациентом.

3.4.5. Выбирать способ оплаты оказанных услуг.

#### **4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1 Стоимость стоматологических услуг, предоставляемых Исполнителем, соответствует утвержденному Прейскуранту.

4.2. Фактически оказанные Пациенту услуги, в том числе не предусмотренные предварительным Планом лечения дополнительные услуги, оказанные Пациенту в соответствии с п. 2.2 настоящего Договора с его согласия и с подписанием нового Плана лечения, оплачиваются им по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующих услуг.

4.3. Пациент обязан оплатить фактически оказанные услуги после каждого приема врача согласно действующему на момент оплаты Прейскуранту Исполнителя, если иное не оговорено дополнительным соглашением. Оплата производится наличными рублями в кассу Исполнителя, кроме того оплата может быть произведена путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в т.ч. с использованием пластиковых карт банковских организаций (при наличии технической возможности).

4.4. При заключении договора Пациент, по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат при наличии остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке.

4.5 В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по Прейскуранту, действующему на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по предварительному Плану лечения сохраняется только при согласии Пациента на внесение предоплаты (аванса) за предполагаемые по Плану лечения услуги и при фактическом внесении соответствующего авансового платежа в объеме согласованного лечения.

4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Пациенту в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

#### **5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Пациент предупрежден о возможности неблагоприятного исхода лечения, в том числе в связи с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; возникновением предполагаемых осложнений; при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору; вмешательством самого Пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию.

5.3. Нарушение Пациентом установленных правил поведения в клинике Исполнителя, в том числе появление Пациента в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя позднее чем за 24 часа, невыполнение (ненадлежащее выполнение) рекомендаций и назначений врача, в том числе режима лечения по срокам оказания услуг, отказ Пациента от продолжения лечения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных пунктами настоящего Договора, являются основанием для направления в адрес Пациента предложения о расторжении Договора по соглашению сторон, поскольку данные действия Пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг, а также причинить прямой и косвенный вред здоровью Пациента.

5.4. В отношении услуги, на которую установлен гарантийный срок, Исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия услуги потребителем вследствие нарушения им правил использования результата услуги, в т.ч. условий, оговоренных в п. 3.2.10, действий третьих лиц или непреодолимой силы. К ним, в частности, относятся травмы, операции, появление или обострение у Пациента в период гарантийного срока заболеваний, а также изменения состояния организма (вследствие беременности,

приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий и др.), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах, зубных протезах и окружающих их тканях челюстно-лицевой области.

5.5. Пациент осведомлен о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридически значимым документом.

## **6. Порядок разрешения споров**

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Исполнитель при осуществлении внутреннего контроля качества оказанных Пациенту медицинских услуг вправе привлекать Пациента и сторонних специалистов для участия в расширенном заседании врачебной комиссии и комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Признанные Исполнителем недостатки оказанных услуг устраняются в разумный срок, согласованный Сторонами.

6.2. Споры между Сторонами разрешаются как в досудебном порядке, так и в суде в соответствии с действующим гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации, а также с применением альтернативной процедуры урегулирования споров с участием посредника (процедуры медиации).

6.3. До Пациента доведена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации. Пациент может направить Исполнителю обращения и/или жалобы по почтовому адресу: 119334, г. Москва, Ленинский проспект, д. 37, а также по электронной почте: document.info@medfnpr.ru.

## **7. Прочие условия**

7.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к Договору.

7.2. Оригиналы медицинских документов являются собственностью Исполнителя и Пациенту на руки не выдаются. По письменному требованию Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации либо копии медицинских документов в срок, не превышающий 30 календарных дней с момента подачи Пациентом соответствующего письменного заявления.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии его здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства/регистрации, контактные телефоны и адреса электронной почты, СНИЛС, и иные персональные данные, данные о состоянии своего здоровья в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза, организации и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и сообщений. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью согласно прейскуранту, с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказанные в клинике Исполнителя, и обязуется их соблюдать.

7.7. В случае лечения Пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается программой ДМС и/или гарантийным письмом от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.8. Пациент уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

## **8. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем на овещественные результаты услуг**

Гарантии предоставляются в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги, оказанные в МУ «ПОЛИКЛИНИКА ФНПР», утвержденным приказом главного врача Клиники.

## **9. Срок действия, изменение и расторжение Договора**

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по Договору. Срок действия Договора не может превышать сроков службы овещественных результатов услуг, оказанных Пациенту в соответствии с настоящим Договором.

9.3. Изменения и дополнения настоящего Договора, не связанные с изменением Плана лечения, возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания сторонами Договора.

9.4. Действие договора прекращается в связи с реализацией Плана лечения и оплатой Пациентом стоимости лечения. Расторжение договора возможно по инициативе Пациента, по обоюдному согласию Сторон, по результатам рассмотрения Стороной письменного предложения другой Стороны о расторжении Договора, либо в спорных случаях – по решению суда согласно законодательству РФ.

## **10. Порядок и условия выдачи медицинских документов**

10.1. После исполнения Договора Исполнитель без взимания дополнительной платы выдает Пациенту медицинские документы (выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента 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 в соответствии с порядком, установленным действующим законодательством и локальными актами Исполнителя.

10.2. Выдача Пациенту копий иных медицинских документов (выписок из них) производится в порядке, установленном Приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н на основании соответствующего письменного заявления.

## **11. Реквизиты и подписи Сторон:**

Исполнитель (Клиника):  
МУ «Поликлиника ФНПР»  
119334, г. Москва, Ленинский пр-т,  
д. 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46  
ОГРН 1027739100036  
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о  
юридическом лице выдано МИМНС России № 39  
по г. Москве 21.08.2002 г.  
ИНН 7725117626  
<http://medfnpr.ru>

\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Пациент:  
  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
  
Адрес: регистрации/фактический  
Индекс: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_  
Ул., \_\_\_\_\_  
Дом \_\_\_\_\_ кор., \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
Документ:  
Паспорт: \_\_\_\_\_ серия: \_\_\_\_\_  
Номер: \_\_\_\_\_ Кем выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Дата выдачи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ПОЛИКЛИНИКА ФЕДЕРАЦИИ НЕЗАВИСИМЫХ ПРОФСОЮЗОВ РОССИИ»  
119334, Москва, Ленинский проспект, дом 37, эт. 1, пом. XI, комн. 46  
Тел. регистратура 8 (495) 958-21-10 стоматология 8 (495) 952-07-43

Дополнительное соглашение к Договору  
на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг \_\_\_\_\_.202\_ (далее Договор)

Заказчик (Пациент):

\_\_\_\_\_, далее  
именуемый «Пациент»

Исполнитель: МУ «Поликлиника ФНПР» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00315352 от 01.08.2017 г.), в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., в соответствии с пунктами 1.1, 1.3, 3.2.2, 3.2.9, 4.2 Договора заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг от \_\_\_\_\_.202\_ (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Исполнитель выполняет на возмездной основе медицинские услуги в объеме, определяемом желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Согласованный сторонами объем услуг указан в п. 2 настоящего Соглашения.
2. Стоимость заказанных Пациентом в рамках настоящего Соглашения услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей и оплачивается до их оказания в полном объеме в размере стоимости, предусмотренной Прейскурантом на день ее оказания, путем внесения в кассу Исполнителя наличных денежных средств либо в безналичном порядке (при наличии технической возможности).

№ п/п	код услуги	код в соответствии с номенклатурой медицинских услуг	наименование услуги	цена руб., коп.	кол-во	сумма руб.коп.	скидка %	ставка НДС, %	сумма НДС руб., коп.	сумма с учетом скидки, руб.коп.
1										
2										
3										
4										
5										
Итого:										
Скидка, руб.										
К оплате с учетом скидки, руб.										
В т.ч. НДС, руб.										

3. Подписывая настоящее Соглашение, Пациент подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в другом медицинском учреждении. Пациент обязуется выполнять все указания и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, а также Правила внутреннего распорядка для пациентов и посетителей МУ «Поликлиника ФНПР». Стоматологические услуги оказываются в следующие сроки (при обращении пациента с заболеванием, не требующим неотложной/экстренной помощи) - в течение 10 дней; при проведении сложных стоматологических вмешательств, включая установку имплантов, - в течение 6-8 месяцев. Клиника вправе менять сроки и объемы оказания медицинской помощи при несоблюдении пациентом условий Договора на оказание платных стоматологических услуг, изменении плана лечения.
4. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в т.ч. назначенного режима лечения, непредоставление или предоставление недостоверной информации о состоянии своего здоровья, имеющихся (перенесенных) заболеваниях, оперативных вмешательствах и т.п., могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
5. Подписание настоящего Соглашения Пациентом и оплата услуг свидетельствуют о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, полном согласии Пациента с планом лечения, сроками, стоимостью, порядком оказания Исполнителем медицинских услуг, указанных в настоящем Соглашении.
6. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание медицинских (стоматологических) услуг от \_\_\_\_\_.202\_ , составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон. Все термины и определения, используемые в настоящем Соглашении, имеют то же значение, что и в Договоре.

Подписи сторон

Адрес места жительства (фактический):

\_\_\_\_\_.

Иные адреса (при наличии), на которые (при их указании в Договоре) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения

Сотрудник

Поликлиники

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись

Телефон: \_\_\_\_\_

расшифровка подписи

М.п.

Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_.

Подпись Пациента:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата: \_\_\_\_\_ г.

Оформленный экземпляр Дополнительного соглашения к Договору на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг МУ «Поликлиника ФНПР» № \_\_\_\_\_ и Маршрутный лист получил(а) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Подпись

расшифровка подписи





**МУ "ПОЛИКЛИНИКА ФНПР"**

117334, Москва, Ленинский проспект, дом 37  
Регистратура +7 (495) 958-21-10 www.medfnp.ru

**СОГЛАСИЕ С ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ ПЛАНом И СТОИМОСТЬю ЛЕЧЕНИЯ**

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО) (№ карты: \_\_\_\_\_), находясь на лечении в стоматологическом отделении МУ «Поликлиника ФНПР», ознакомлен(а) моим лечащим врачом-стоматологом \_\_\_\_\_ (специальность, ФИО) с намеченным мне в соответствии с моими пожеланиями и состоянием полости рта предварительным планом обследования и лечения.

Мне врач в простой доступной форме объяснил мое состояние, рекомендованное обследование и лечение, а также осложнения, которые могут возникнуть в случае невыполнения рекомендаций. Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем, способы проведения планируемого обследования и лечения, а также стоимость планируемых услуг.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого лечения, действием лекарственных препаратов, возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом; получил(а) исчерпывающую информацию о тактике, этапах лечения, ознакомившись с предварительным планом, объемом, стоимостью лечения, выражаю свое согласие на его проведение:

№ зуба	Код услуги	Название услуги	Цена, руб.	Кол-во	Скидка, руб., коп.	Сумма с учетом скидки, руб., коп.

**Сумма по прейскуранту:**

**Сумма скидки:**

**Итого к оплате с учетом скидки:**

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Стоматологические услуги оказываются в следующие сроки (при обращении пациента с заболеванием, не требующим неотложной/экстренной помощи) - в течение 10 рабочих дней; при проведении сложных стоматологических вмешательств, включая установку имплантов, - в течение 6-8 месяцев. Клиника вправе менять сроки и объемы оказания медицинской помощи при несоблюдении пациентом условий Договора на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, изменении плана лечения.

С условиями оказания услуг по договору, в т.ч. стоимостью и сроками оплаты, согласен (согласна).

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу- стоматологу \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата

Подпись: \_\_\_\_\_/ФИО/

**Приложение № 3**  
**к договору оказания**  
**платных медицинских**  
**(стоматологических) услуг**

**АКТ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**  
(стоматологическое лечение)

г. Москва

дата

МУ «Поликлиника ФНПР», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице лечащего врача стоматолога- \_\_\_\_\_ (ФИО), с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_ (ФИО), именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

Исполнителем по заданию Пациента, в соответствии с Договором оказания платных медицинских (стоматологических) услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ и согласованным Пациентом планом лечения в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. оказаны следующие стоматологические услуги Пациенту:

№п/п	Код услуги (внутр)	Код Минздрав(по номенклатуре медицинских услуг)	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	Скидка %	Сумма с учетом скидки, руб.
1								
2								
3								
ИТОГО:								
Скидка, руб:								
К оплате с учетом скидки:								

Медицинские услуги НДС не облагаются. Пациент оплатил оказанные услуги в полном объеме.

Услуги оказаны Исполнителем полностью, надлежащим образом, качественно, согласно плану лечения и в согласованные с Пациентом сроки.

Пациент предупрежден о необходимости соблюдения рекомендаций, предписаний и назначений врача, в т.ч. гигиены полости рта, временных ограничений в выборе продуктов питания, приеме необходимых препаратов и т.д.; соблюдении графика визитов к врачу (включая профилактические осмотры полости рта и проведение профилактической гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 мес., при хирургических вмешательствах с имплантацией - повторный осмотр должен состояться не позднее 3-6 месяцев после окончания лечения с целью оценки результатов лечения, проведение контрольных рентгенограмм - через 3, 6 и 12 месяцев; соблюдении правил использования ортопедических конструкций, ухода за конструкциями в домашних условиях (использование специализированных паст и зубных щеток, очищающих таблеток и т.д.); недопустимости бесконтрольного самолечения, отказа от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения, нарушения предписанного врачом режима, не сообщения сведений либо предоставления неполной /или недостоверной информации о состоянии своего здоровья (заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, аллергических реакциях и т.п. информации, в т.ч. в анкете здоровья) и иной информации, указанной в договоре на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг; отказа Пациента от дополнительных обследований и лечения, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений. Пациент осведомлен(а), что несоблюдение данных врачом рекомендаций может привести к осложнениям и неблагоприятному исходу заболевания.

Пациент предупрежден и согласен с тем, что Исполнитель освобождается от ответственности при обращении Пациента в другое медицинское учреждение по поводу послеоперационных вмешательств либо при самостоятельном вмешательстве Пациента в послеоперационное поле; при неявке или прекращении лечения по инициативе Пациента, в результате чего лечение не было закончено, или обращения Пациента в другое лечебное учреждение, к другому врачу для завершения лечения и любых манипуляций, проводимых в другом ЛПУ (как с зубами, так и с конструкциями); наступления вредных последствий, соответствующих объему медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и (или) осложнениями, связанными и сопутствующими системными заболеваниями, возникшими в послеоперационном периоде, как в ранние, так и в отдаленные сроки, либо заболеваниями, о которых Пациент не сообщал лечащему врачу; проявления аллергических реакций или индивидуальной непереносимости Пациентом препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ, если наличие аллергии и непереносимость препаратов не отражены Пациентом в медицинской документации (анкете здоровья); в случае аварий, травм, иных повреждений челюсти в случае выявления или возникновения у Пациента в послеоперационный период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, например, эндокринных, обострении хронических заболеваний, а также изменения физиологического состояния организма (длительный прием лекарственных препаратов при лечении заболеваний, при возникновении новых заболеваний, беременность, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах или окружающих их тканях. В случае дезинтеграции установленного имплантата и его удаления по желанию Пациента может быть проведена повторная операция реимплантации согласно действующему Прейскуранту цен.

Пациент уведомлен, что претензии к эстетике (цвету, форме и т.п.) не прямых реставраций (виниры, вкладки, накладки, коронки, мостовидные и съемные протезы и др.) после постоянной фиксации не принимаются.

Пациент и Исполнитель на момент подписания настоящего акта претензий по объему, качеству, срокам исполнения медицинских услуг, оплате медицинских услуг друг к другу не имеют.

«Исполнитель»:	«Пациент»:
Врач стоматолог-	