

**Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»**

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Нижневартовск

Исполнитель информирует Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

_____ (_____
(подпись, расшифровка)

Настоящим Я, _____, подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, проинформирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

_____ (_____
(подпись, расшифровка)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Нижневартовск

« » _____ 202 г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» (БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»), расположенное по адресу: 628616, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, дом 11, корпус 2, 3, свидетельство ОГРН № 1028600958803, зарегистрирован МРИ ФНС № 11 по ХМАО – Югре от 02.12.2002 г., ИНН 8603088909, действующее в соответствии с Лицензией № Л041-01193-86/00349116 от 22.01.2014 г., на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»): 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; стоматологии профилактической; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи, выданной службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры реорганизованной 06.10.2022 г. в форме присоединения к Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75; телефон/факс: (3467) 360-180), срок действия - бессрочно, в лице _____, действующего на основании _____, в дальнейшем именуемое **«Исполнитель»**, с одной стороны, и _____, дата рождения _____ г.,

(Ф.И.О.)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

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

1. Предмет

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя за счёт и за вознаграждение, уплачиваемое Потребителем, оказание медицинских услуг, отвечающих требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, и разрешенным на территории РФ, в соответствии с лицензией и прейскурантом Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, а также их стоимость содержится в Смете на оказание платных медицинских услуг (Приложении №1 к Договору), являющихся его неотъемлемой частью Договора, а также размещены на сайте Исполнителя в информационной-телекоммуникационной сети интернет: <https://gsp-nv.ru/services/platnye-meditsinskie-uslugi.php>.

1.2. Предоставление платных медицинских услуг производится по предварительной записи, осуществляемой по телефонам: 8 (3466) 63-63-03, 24-74-21, 45-18-87 Исполнителя.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке законодательством Российской Федерации.

1.4. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
- по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи с согласия Потребителя.

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

1.6. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим оказание медицинскими организациями платных медицинских услуг населению.

1.7. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы Исполнителя. Сроки ожидания платных медицинских услуг в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг Потребителю.

2. Стоимость

2.1. Потребитель проинформирован, что медицинская организация Исполнителя является медицинской организацией.

2.2. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, тарифицируется соответствующими разделами прейскуранта, действующего на момент их оказания. Потребитель уведомлен о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, в объеме, позволяющим принять осознанное решение о получении платных услуг по настоящему Договору.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в полном объеме до начала оказания услуг, на основании подписанной Сторонами Сметы на оказание платных медицинских услуг. Способ оплаты Потребитель выбирает самостоятельно:

- наличными денежными средствами в кассу Исполнителя;
- перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя;
- посредством банковской карты через платежный терминал в кассе Исполнителя.

2.4. В случае осуществления оплаты наличными денежными средствами в кассу Исполнителя либо посредством банковской карты через платежный терминал в кассе Исполнителя, в соответствии с законодательством Российской Федерации Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату за предоставленные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.5. Возврат денежных средств за предварительно оплаченные, но не предоставленные или не полностью предоставленные медицинские услуги, осуществляется на основании личного заявления Потребителя.

2.4. Окончательная стоимость лечения определяется в соответствии с клинической картиной и тарифицируются согласно действующему прейскуранту.

2.5. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения согласованного Сторонами объема лечения, то стоимость может быть скорректирована, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью Договора.

2.6. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель вправе предоставить медицинские услуги на возмездной основе, если не оказание таких услуг будет сопряжено с причинением или угрозой причинения вреда жизни или здоровью Потребителя, а также, если оказание таких услуг необходимо для достижения целей настоящего Договора.

2.7. На предоставление платных медицинских услуг составляется смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью Договора.

3. Права и обязанности

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. предоставлять Потребителю медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;

3.1.2. проводить профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3.1.3. облегчать болезненные ощущения Потребителя, связанные с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, соответствующими методами и лекарственными препаратами;

3.1.4. обеспечивать защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

3.1.5. обеспечивать надлежащий уровень квалификации медицинских работников;

3.1.6. обеспечивать уход при оказании медицинской помощи;

3.1.7. информировать Потребителя о порядке предоставления платных медицинских услуг и режиме работы Исполнителя;

3.1.8. информировать Потребителя о предлагаемых методах профилактики, диагностики и лечения, возможности развития осложнений при оказании медицинских услуг;

3.1.9. использовать медицинские изделия и лекарственные средства, разрешенные к применению на территории Российской Федерации;

3.1.10. хранить медицинскую документацию Потребителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сроками хранения, установленными законодательством Российской Федерации.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день оказания услуг, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний; по причине задержки лечащего врача при оказании услуг другим Потребителям; болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.

3.2.2. в случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля;

3.2.3. отказать Потребителю в предоставлении услуг в случае:

– отсутствия у Исполнителя врачебных и/или временных ресурсов для оказания медицинской помощи в соответствии с определением КСРФ от 06.06.2002 № 115-О;

– если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не устранил обстоятельства, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (несоблюдение врачебных рекомендаций, ненадлежащее использование медицинских изделий и т.д.);

– отсутствия медицинских показаний (или наличия противопоказаний) к определенному медицинскому вмешательству;

– алкогольного, наркотического опьянения Потребителя;

– при некорректном поведении Потребителя в отношении работников Исполнителя и/или Потребителей;

– несвоевременной оплаты медицинских услуг.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. своевременно оплачивать оказываемые медицинские услуги;

3.3.2. сообщать врачам всю необходимую информацию, связанную с состоянием своего здоровья;

3.3.3. выполнять требования медицинских работников, обеспечивающих безопасность и качественное предоставление медицинской помощи;

3.3.4. являться на прием в назначенное время, при невозможности явки заблаговременно (за 24 часа) сообщить об этом Исполнителю по телефону 8 (3466) (3466) 63-63-03, 24-74-21, 45-18-87;

3.3.5. удостоверить личной подписью формы информированного добровольного согласия на проведение лечения (отказа от медицинского вмешательства), показанного ему по состоянию здоровья, а также другие документы, связанные с оформлением услуг, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего Договора.

3.3.6. удостоверить личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с диагностикой и лечением, назначениями, рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, а также отсутствие претензий к результату лечения, в том числе к промежуточному;

3.3.7. Подписанием настоящего Договора Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной

почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Потребитель дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования или лечения, возможных и предполагаемых методах лечения, а также о связанных с ними риске и ожидаемых результатах; стоимости медицинских услуг, получать 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. Порядок и условия выдачи указанных в настоящем пункте медицинских документов определяются в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;

3.4.2. разрешить работникам Исполнителя предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя и/или стоимости лечения следующим лицам (Ф.И.О., контактный телефон): _____

3.5. Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, видах медицинского вмешательства, возможных вариантах и последствиях, ожидаемых в результате оказания медицинской помощи;

б) 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.

4. Сроки

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента окончания исполнения обязательств Сторонами.

4.2. Сроки оказания услуг зависят от конкретного вида медицинской помощи. Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний и согласовывается с Потребителем путем внесения записи в медицинскую карту и/или в План лечения.

4.3. Срок оказания услуг продлевается на соответствующее количество дней в случаях:

4.3.1. временной приостановки лечения Потребителем на количество дней приостановки;

4.3.2. необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;

4.3.3. необходимости изменения плана и/или этапов лечения.

4.4. При выявлении у Потребителя в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения патологии, которая требует экстренного лечения, онкопатологии, а также патологии, лечение которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и/или индивидуальных особенностей организма Потребителя, окончательный срок оказания услуг не может быть установлен и сторонами не устанавливается.

4.5. Потребитель вправе отказаться от Договора в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

4.6. Исполнитель вправе отказаться от Договора в установленном законом порядке в случае нарушения Потребителем его существенных условий, под которыми стороны признают:

- невыполнение Потребителем обязательств по оплате услуг;
- несоблюдение Потребителем врачебных рекомендаций, ненадлежащее использование медицинских изделий или наличие иных обстоятельств по вине Потребителя, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем Потребителя;
- при многократном (два и более раза) и (или) однократном грубом нарушении Потребителем локальных нормативных актов Исполнителя, регламентирующих порядок предоставления услуг;
- при систематическом некорректном отношении к работникам Исполнителя, Потребителем.

4.7. В случае объективной невозможности исполнения настоящего Договора любой из сторон, а также при прекращении настоящего Договора по предусмотренным в настоящем разделе или законе основаниям, при наличии предоплаты со стороны Потребителя, Исполнитель в течение 10 (десяти) дней со дня обращения к Исполнителю с письменным заявлением осуществляет возврат денежных средств за исключением стоимости фактически оказанных услуг и понесенных расходов.

5. Ответственность

5.1. Исполнитель гарантирует проведение медицинских манипуляций квалифицированными специалистами, применение оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, разрешенных к использованию на территории РФ.

5.2. Условиями соблюдения Исполнителем гарантийных обязательств являются: выполнение Потребителем врачебных рекомендаций, профилактических мероприятий, назначенных Исполнителем; отсутствие коррекции качественных результатов работ Исполнителя специалистами других медицинских организаций или самим Потребителем; обращение Потребителя к Исполнителю при наличии жалоб на дискомфорт, или каких-либо нежелательных реакций, связанных с лечением; предоставлении Потребителем всей медицинской документации и результатов обследования из других медицинских организаций при обращении Потребителя за неотложной помощью.

5.3. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов и/или изменений физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных средств, вредные внешние воздействия и проч.), которые не охватывались настоящим договором и не являлись пред-

метом оказания услуг по нему. Гарантийные обязательства Исполнителя определяются в каждом случае индивидуально и зависят от клинической картины на момент обращения, в процессе лечения, приживления имплантата или трансплантата (если применимо), наличия или отсутствия сопутствующей патологии и осложнений, а также соблюдения Потребителем рекомендаций.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что медицинские услуги были оказаны качественно, в случае наличия обстоятельств непреодолимой силы, а также в случае нарушения Потребителем установленных правил использования работы (услуги), под которыми в медицинской практике могут пониматься: невыполнение или нерегулярное выполнения Потребителем врачебных рекомендаций; самовольное прерывание проводимого лечения, самолечение.

5.5. Исполнитель может быть освобожден от ответственности в случаях прерывание лечения по причинам, связанным с нарушением Потребителем условий настоящего Договора.

5.6. При обращении Потребителя к Исполнителю с претензией в связи с исполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем обязательств по настоящему договору Исполнитель вправе осуществлять оценку качества оказания медицинских услуг, при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся работниками Исполнителя, в том числе работников экспертных организаций соответствующего профиля. Потребитель даёт согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии здоровья Потребителя, лицам, не являющимся работниками Исполнителя для оценки качества медицинской помощи либо оказания юридических услуг; при этом стороны соглашаются, что предоставление медицинской документации в случае, предусмотренном настоящим пунктом договора, не является нарушением врачебной тайны со стороны Исполнителя.

5.7. В целях обеспечения качества оказания медицинской помощи очень важным является достоверное и полное информирование Исполнителя о наличии у Потребителя заболеваний и/или физиологических состояний, которые могут влиять на проводимое лечение.

5.8. Под обстоятельствами непреодолимой силы и обстоятельствами, находящимися вне разумного контроля сторон, последние понимают: стихийные бедствия, пандемию, эпидемии, военные действия, террористические акты, беспорядки, пожары, аварии, непредвиденные отключения воды или электричества, забастовки и локауты, затруднения в работе транспорта и транспортной инфраструктуры, повреждения объектов критической инфраструктуры, замедления работы, занятий предприятий или их помещений, остановки в работе, происходящие на предприятии стороны, которая просит об освобождении от ответственности, акты государственной власти, введения особых режимов и положений, делающих невозможной или существенно затрудняющих деятельность сторон и других чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 30 (тридцати) дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

5.9. Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.10. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, при неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6.2. Потребитель проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео и аудио данных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в письменной форме с подписанием Сторонами указанием изменений вносимых в условия Договора, и вступают в силу с момента их подписания Сторонами.

6.5. Документы, подтверждающие постановку диагноза, выбор тактики лечения, объем и сроки проведенного лечения, хронологию лечения, а также анкеты Потребителя, информированные добровольные согласия Потребителя на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и иные медицинские документы, относящиеся к оформлению услуг по настоящему договору, хранятся у Исполнителя.

6.6. В случае получения Потребителем медицинских услуг в других медицинских организациях, направленных на достижение результатов по настоящему Договору либо связанных с услугами по настоящему договору, Потребитель дает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем и данными медицинскими организациями сведениями, составляющими врачебную тайну и персональные данные, включая ссылки на настоящий договор с цитированием необходимых пунктов в подтверждение наличия такого права.

6.7. Потребитель проинформирован о режиме работы Исполнителя и порядке оказания платных медицинских услуг.

6.8. Подписание настоящего Договора со стороны Потребителя свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

6.9. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора, Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006»), а также с действующими в БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника»:

- Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- Положением об оказании платных медицинских услуг БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника»;
- Правилами поведения пациента в БУ «Нижевартовская городская стоматологическая поликлиника»;

- Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании медицинских услуг БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника».

7. Подписи и реквизиты сторон

- 7.1. Адреса и реквизиты сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций.
- 7.2. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

Исполнитель:
БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»
Адрес: Российская Федерация, 628616, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, дом 11, корпус 2, 3
Режим работы: пн-пт.: 8.00-20.50, сб.: 8.00-14.00, вс.: выходной.
Тел. приемная: (3466) 24-13-40, **факс:** (3466) 24-15-30
Банковские реквизиты: УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре (Депфин Югры, БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» л/с 620.33.334.0)
Банк: РКЦ Ханты-Мансийск//УФК по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре г. Ханты-Мансийск
Казначейский счет: 032 246 437 18 00000 8700
Банковский счет: 401 028 102 453 7000 0007
БИК: 007 162 163
ИНН/КПП 8603088909/860301001 **ОГРН** 1028600958803
ОКВЭД 85.11.1

Потребитель:
ФИО _____
Паспорт: серия _____ № _____
Кем и когда выдан: _____
Телефон: _____
Email: _____
_____/_____
подпись ФИО

Экземпляр договора на руки получил(а) _____ 202__ г.
Подпись Потребителя _____

должность

подпись
М.П.

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

СМЕТА
на оказание платных медицинских услуг
к договору № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

ФИО Потребителя _____
ФИО врача _____

№	Код услуги	Наименование услуги	Количество	Стоимость единицы услуги в рублях	Сумма в рублях
ИТОГО:					

Потребитель с объемами оказываемых медицинских услуг и расценками на них согласен.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»

должность

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

(подпись / Ф.И.О)

АКТ об оказании услуг
к договору № _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Нижневартовск

«____» _____ 202__ г.

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника» (БУ «Нижневартовская городская стоматологическая поликлиника»), расположенное по адресу: 628616, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра, г. Нижневартовск, ул. Ленина, дом 11, корпус 2, 3, свидетельство ОГРН № 1028600958803, зарегистрирован МРИ ФНС № 11 по ХМАО – Югре от 02.12.2002 г., ИНН 8603088909, действующее в соответствии с Лицензией № Л041-01193-86/00349116 от 22.01.2014 г., на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), выданной службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры реорганизованной 06.10.2022 г. в форме присоединения к Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (628012, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75; телефон/факс: (3467) 360-180), срок действия - бессрочно, в лице _____, действующего на основании _____, в дальнейшем именуемое **«Исполнитель»**, с одной стороны, и _____, дата рождения _____ г.,

(Ф.И.О.)

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

в дальнейшем именуемый(ая) **Потребитель**, с другой стороны, далее совместно именуемые **«Стороны»**, подписали настоящий Акт о следующем:

Качество и объем медицинских услуг оказан в полном объеме, надлежащего качества и соответствуют требованиям Договора № _____ от _____ 202__ г.

Претензии по оказанию медицинских услуг отсутствуют /имеются (выбрать нужное) _____

Настоящий Акт составлен, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

БУ «Нижневартовская городская
стоматологическая поликлиника»

должность

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

(подпись / Ф.И.О.)