

ДОГОВОР
на применение стоматологических технологий лечения
сверх «Перечня лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания
стоматологической медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных
гарантий бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области в системе ОМС», утвержденных
объемов финансирования ТПОМС на текущий год и «Перечня жизненно необходимых и важнейших
лекарственных препаратов»

г. Кириши

« » 20 Г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Киришская стоматологическая поликлиника», осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО41-01149-47/00380591 от 04.06.2015 г., выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, ул. Лафонская, д.6а, т.539-45-45), в лице главного врача Янауэр Ирины Борисовны, действующей на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны, и гражданин (-ка)

в дальнейшем именуемый (-ая) Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора

По настоящему Договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика) на альтернативной основе обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством РФ об охране здоровья, с применением технологий лечения и материалов сверх «Перечня лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области в системе ОМС» и «Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» по специальностям: стоматология, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, стоматология профилактическая, а Заказчик обязуется оплатить расходы на применение этих технологий.

2. Стоимость и порядок оказания услуг

- 2.1. Исполнитель предварительно согласовывает с Заказчиком необходимость использования стоматологических технологий лечения, применяемых по настоящему Договору.
 - 2.2. Стоимость стоматологических технологий лечения после согласования с Заказчиком объема работ, вносится в таблицу №1 в соответствии с преискурантом Исполнителя.
 - 2.3. Оплата производится за наличный и безналичный расчет в кассе ГАУЗ ЛО «Киришская СП» при каждом обращении Заказчика в соответствии с преискурантом Исполнителя.

Таблица №1

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставить Заказчику доступную, достоверную информацию об имеющихся у Исполнителя технологиях лечения, которые можно применять Заказчику бесплатно при оказании стоматологической помощи по полису ОМС. Разъяснять преимущества применения технологий лечения по настоящему Договору с указанием их стоимости по действующему прейскуранту и применять их после согласования с Заказчиком.

3.1.2. Использовать материалы, технологии, инструментарий, разрешенные на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Заказчика делают невозможным применение современных стоматологических технологий лечения, а именно:

- а) невыполнение Заказчиком назначений лечащего врача;
- б) неудовлетворительный уровень гигиены полости рта Заказчика;
- в) злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

4. Права и обязанности Заказчика

4.1. Заказчик обязуется:

4.1.1. Ознакомиться с порядком оказания платных услуг, «Перечнем лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания стоматологической помощи в рамках ТПГГ бесплатной медицинской помощи в Ленинградской области» и «Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов», «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ГАУЗ ЛО «Киришская СП», прейскурантом, размещенных на информационных стенах и сайте поликлиники kirishistoma.ru.

4.1.2. Информировать Исполнителя о перенесенных и сопутствующих заболеваниях и осложнениях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях к медицинским вмешательствам.

4.1.3. Выполнять назначения лечащего врача.

4.1.4. Своевременно оплачивать стоимость стоматологических технологий лечения, применяемых по настоящему Договору, в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

4.1.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка ГАУЗ ЛО «Киришская СП».

4.2. Заказчик имеет право:

4.2.1. На получение бесплатной необходимой, полной, достоверной информации о применяемых материалах и технологиях по ТП ОМС и за плату.

4.2.2. В случае возникновения дефекта выполненной работы в течение гарантийного срока обратиться к лечащему врачу с предъявлением настоящего Договора.

5. Срок действия

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года. По истечении срока действия договор считается продленным на следующий год, если ни одна из Сторон не уведомит вторую Сторону о его прекращении.

5.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6. Заверения Заказчика

Мне известно, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною бесплатно с применением технологий лечения и материалов по Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Я согласен (а) на получение платной медицинской услуги в соответствии с действующим прейскурантом.

Заказчик:(.....)

7. Реквизиты

Исполнитель:

Наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения Ленинградской области «Киришская стоматологическая поликлиника»

ОГРН 1224700000821

ИНН/КПП 4727006651/472701001

ОКПО 56959306 **ОКВЭД** 86.23, 86.21, 86.90.9

Адрес: 187112, Ленинградская обл.,

г. Кириши, ул. Нефтехимиков, д. 11

тел./факс (81368) 210-54, 269-44

Р/сч: 40603810630004000001

Банк: Киришский филиал

ПАО «Банк «Санкт-Петербург»

БИК 044106871

Кор.сч 30101810540300000871

Главный врач:

_____ **И.Б. Янаэр**

Заказчик:

Гражданин:
.....

Паспорт: серия.....номер:

выдан:
.....

Код подразделения-.....

Адрес:
.....

Телефон:

Гражданин: (.....)

подпись

« _____ » _____ 20 г.