

Уведомление

Настоящим подтверждаю, в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 моем состоянии здоровья, а также проинформирован(а) о 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. Выбор мной платных медицинских услуг является осознанным и добровольным. Ознакомлен(а) с Прейскурантом цен, Положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, Порядком оказания платных медицинских услуг (Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг), размещенными на сайте ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа (медицинская организация) - www.stomat1ufa.ru, информационном стенде в регистратуре медицинской организации. Обязуюсь соблюдать правила поведения в медицинской организации.

подпись _____ расшифровка _____ «___» _____ 20__ г.

ДОГОВОР о предоставлении платных медицинских услуг № _____

г.Уфа «___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника № 1 города Уфа, юридический адрес: 450038, Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д.13, ОГРН 1030203726376, ИНН 0273012090, лицензия выданная бессрочно Министерством здравоохранения Республики Башкортостан от 6 июня 2017г. № ЛО-02-01-005658, на осуществление **медицинской деятельности**: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии общей практики; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице врача-стоматолога ФИО _____

_____, действующего(ей) на основании доверенности № ___ от 09.01.2023г., именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка) ФИО _____

_____, именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. От лица «Исполнителя», врач-стоматолог, действуя по выбору «Потребителя» и с его информированного добровольного согласия, обязуется оказать «Потребителю» медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а «Потребитель» обязуется оплатить данные услуги.

1.2. Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых «Потребителю», соответствует Прейскуранту «Исполнителя», действующему на момент заключения Договора и является неотъемлемой частью Договора (Приложение №1 к Договору).

1.3. После оказания медицинской услуги составляется «Акт выполненных работ № ___», который подписывается «Исполнителем» и «Потребителем» (Приложение №3).

1.4. Ответственный представитель «Исполнителя» для решения общих вопросов и обеспечения контроля за выполнением условий Договора – заместитель главного врача по медицинской части Якупов Биалал Равилович.

2. Условия и порядок оказания медицинских услуг.

2.1. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в своих структурных подразделениях, по адресам: г.Уфа, ул.Машиностроителей,13, тел.8 (347) 263-52-57 (регистратура), либо г.Уфа, ул.Кольцевая,180, тел. 8 (347) 263-54-35 (регистратура), согласно режиму работы «Исполнителя» и графику работы медицинских работников.

2.2. Медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в день обращения «Потребителя» или в назначенный день, либо поэтапно, но не ранее внесения оплаты, предусмотренной п.4.2 настоящего Договора и завершаются в срок, согласованный Сторонами в плане лечения, с учетом клинических рекомендаций, а также в зависимости от состояния здоровья «Потребителя» в момент оказания услуги.

2.3. «Исполнитель» приступает к оказанию услуг после подписания настоящего Договора Сторонами, информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг, оплаты «Потребителем» цены услуг в предусмотренном Договором порядке.

2.4. «Исполнитель» оказывает медицинские услуги в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций и плана лечения, составленного врачом-стоматологом, оказывающим медицинские услуги.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Обязанности «Исполнителя»:

3.1.1. Оказывать «Потребителю» платные медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения, согласованные Сторонами, в соответствии с профессиональной квалификацией и критериями качества медицинской помощи.

3.1.2. По требованию «Потребителя» предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Предоставить «Потребителю» по его требованию:

- копии медицинских документов (выписка из медицинских документов), отражающих состояние здоровья «Потребителя» 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;

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему, справку об оплате медицинских услуг по установленной форме. Запрашиваемые документы предоставляются в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления «Потребителя» о предоставлении указанных документов.

3.1.4. Осуществить осмотр «Потребителя» и согласовать план лечения, развитие возможных осложнений, отразить в Информированном добровольном согласии и медицинской карте «Потребителя».

3.1.5. Предоставить «Потребителю» гарантийный срок на оказанные медицинские услуги в соответствии с Законом «О защите прав потребителей».

3.1.6. Поставить в известность «Потребителя» о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения отражать в медицинской карте «Потребителя».

3.1.7. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия «Потребителя», данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение 2).

3.1.8. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.1.9. Немедленно извещать «Потребителя» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением.

3.1.10. Соблюдать врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством.

3.2. Права «Исполнителя»:

3.2.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения.

3.2.2. Назначать врача соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, «Исполнитель» вправе, с согласия «Потребителя», назначить другого врача для проведения лечения.

3.2.3. Получать от «Потребителя» любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.2.4. Требовать от «Потребителя» бережного отношения к имуществу «Исполнителя» и соблюдения им Правил внутреннего распорядка «Исполнителя».

3.2.5. Требовать своевременной оплаты услуг, оказанных «Потребителю» по настоящему Договору.

3.2.6. Отказаться от проведения лечения, если это лечение не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.

3.2.7. Приостановить оказание медицинских услуг в случае выявления у «Потребителя» острой психиатрической, фтизиатрической, инфекционной патологии, состояния алкогольного или наркотического опьянения, отказа «Потребителя» от проведения медицинских процедур, невыполнения им назначений и рекомендаций врача, несоблюдения лечебного режима.

3.2.8. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования, оказания услуг, в том числе предусмотренных Договором.

3.2.9. По желанию «Потребителя» привлекать другие медицинские организации, медицинские лаборатории для оказания услуг по дополнительным обследованиям.

3.3. Обязанности «Потребителя»:

3.3.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего Договора.

3.3.2. Неукоснительно и своевременно выполнять медицинские предписания, назначения и рекомендации лечащего врача в процессе обследования и лечения, соблюдать правила внутреннего распорядка «Исполнителя».

3.3.3. Явиться на прием в установленное время. В случае отсутствия такой возможности известить «Исполнителя» по телефону: 8 (347) 263-54-35 (регистратура терапевтического отделения, г.Уфа, ул. Кольцевая, д.180), либо 8 (347) 263-52-57 (регистратура ортопедического отделения, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д.13). Выполнять назначения и рекомендации врача, соблюдать лечебный режим, своевременно сообщать обо всех изменениях в состоянии здоровья, связанных с получаемой медицинской услугой.

3.3.4. Сообщить врачу о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергии, гепатит, СПИД, астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и другие хронические заболевания, переливания крови, инъекции за последние 2 года), о контакте с инфекционными больными. В случае не полного информирования о состоянии здоровья, «Исполнитель» освобождается от ответственности, а «Потребитель» несет ответственность в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.3.5. Ознакомиться с расценками Прейскуранта на оказываемые медицинские услуги.

3.3.6. Своевременно производить оплату медицинских услуг в размере и порядке установленном настоящим Договором.

3.3.7. В период гарантийного срока за недостатки, возникшие в оказанной услуге, по вине «Исполнителя», обращаться к «Исполнителю» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4. Права «Потребителя»:

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья, состоянии зубочелюстной системы, объеме лечения, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

3.4.2. В любое время отказаться от лечения, расторгнув Договор, при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных «Исполнителем» расходов.

3.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.4. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, стоматологическое вмешательство и отказ от медицинского вмешательства.

3.4.5. «Потребитель» дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, необходимых для исполнения настоящего Договора.

4. Порядок расчетов

4.1. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется на основании плана лечения в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденных «Исполнителем». Окончательная стоимость выполненных услуг указывается в Акте выполненных работ, подписываемом Сторонами (Приложение 3).

4.2. Оплата услуг по Договору осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или в безналичном порядке в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) Дополнительном соглашении, в следующем порядке:

- одновременно, в полном объеме до начала оказания услуг (работ);

- поэтапно, в размере 30% от стоимости услуг до начала оказания услуг (работ), в размере 70% от стоимости услуг в день выполнения очередного этапа услуг (работ).

4.3. «Потребителю» выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг – кассовый чек.

4.4. В случае предоставления дополнительных медицинских услуг по Дополнительному соглашению или отдельному Договору, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.5. При поломке или утрате ортопедической конструкции по вине «Потребителя», оплата по изготовлению новой конструкции производится за счет «Потребителя» в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

4.6. В случае невозможности выполнения «Исполнителем» обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине «Потребителя», в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

5. Гарантийные обязательства

5.1. Гарантийные сроки устанавливаются «Исполнителем» в соответствии с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, при выполнении «Потребителем» условий настоящего Договора.

5.2. 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.

5.3. «Исполнитель» принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков.

6. Ответственность сторон

6.1. «Исполнитель» несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством.

6.2. При неудовлетворенности полученной медицинской услуги, «Потребитель» вправе обратиться к ответственному лицу в соответствии с п.1.4.

6.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая Претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 календарных дней с момента ее получения (ст.22 Закона «О защите прав потребителей»).

6.4. 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.

6.5. В случае возникновения разногласий между «Исполнителем» и «Потребителем» по сроку оказания услуги, качеству оказанной услуги спор разрешается в претензионном порядке между Сторонами. При не урегулировании спора в претензионном порядке, спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Вред, причиненный жизни и здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, в судебном порядке, а также «Потребителем» в любое время в одностороннем порядке при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

7.3. В случаях, не предусмотренных условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются законодательством РФ и РБ, ФЗ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», ФЗ от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

8. Прочие условия

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.2. Медицинская карта стоматологического больного «Потребителя» существует в единственном экземпляре и хранится у «Исполнителя». Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется «Исполнителем» по письменному заявлению «Потребителя» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

8.3. Информация о форме и способах направления обращений (жалоб) размещена на стендах и сайте медицинской организации.

8.4. «Потребитель» настоящим пунктом подтверждает свое согласие на проведение необходимой в рамках оказания медицинских услуг фото- или видеофиксации медицинских вмешательств или его результатов с целью учета динамики изменений «Потребителя» в ходе получения медицинских услуг. Фото-, видеоматериалы, выполненные в рамках настоящего Договора, являются предметом врачебной тайны и собственностью «Исполнителя». «Потребитель» подтверждает свое согласие на то, что «Исполнитель» вправе использовать полученные в ходе оказания медицинских услуг «Потребителю» по настоящему Договору фото- и видеоматериалы для рекламных, образовательных и научных целей без массового опубликования или распространения в какой-либо форме, а именно, для демонстрации примера действия определенных процедур и стоматологических материалов.

В случае использования «Исполнителем» фото-, видеоматериалов «Потребителя» «Исполнитель» гарантирует их деидентификацию (обезличивание).

9. Реквизиты и подписи сторон:

<p>Исполнитель: ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа ФИО врача _____ Адрес: 450038,РБ, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д. 13</p> <p>ИНН 0273012090, КПП 027301001 р/с40601810400003000001 БИК 048073001 Отделение-НБ Республика Башкортостан</p> <p>тел.8(347) 263-51-29; тел.8(347)263-54-57 электронная почта: ufa.sp1@doctorrub.ru</p> <p>Подпись _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.</p> <p>МП _____</p>	<p>Потребитель: ФИО _____ Адрес _____ Паспорт _____ Телефон _____</p> <p><i>(Анонимно - ФИО Потребителя, адрес места жительства, телефон - данные вносятся со слов потребителя)(подчеркнуть)</i></p> <p>С условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия ознакомлен(а) и согласен(а) Подпись, расшифровка подписи _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.</p>
---	--

Приложение №1
к договору № __ от _____

Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых «Потребителю»

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Количество	Дата исполнения	Стоимость услуги (руб.)	Сумма	Срок гарантии/срок службы
Всего:							

<p>Исполнитель: ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа ФИО врача _____ Адрес: 450038,РБ, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д. 13</p> <p>ИНН 0273012090, КПП 027301001 р/с40601810400003000001 БИК 048073001 Отделение-НБ Республика Башкортостан</p> <p>тел.8(347) 263-51-29; тел.8(347)263-54-57 электронная почта: ufa.sp1@doctorrub.ru</p> <p>Подпись _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.</p> <p>МП _____</p>	<p>Потребитель: ФИО _____ Адрес _____ Паспорт _____ Телефон _____</p> <p><i>(Анонимно - ФИО Потребителя, адрес места жительства, телефон - данные вносятся со слов потребителя)(подчеркнуть)</i></p> <p>С условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия ознакомлен(а) и согласен(а) Подпись, расшифровка подписи _____ Дата « ____ » _____ 20__ г.</p>
---	--

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, обработку персональных данных, медицинское вмешательство

Я, _____, реквизиты _____ документа _____ удостоверяющего личность _____, зарегистрированный по адресу: _____ в рамках Договора о предоставлении в ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа платных медицинских услуг даю свое согласие:

1. На оказание платных медицинских услуг

- 1.1. Я получил(а) от сотрудников медицинской организации полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
1.2. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

2. На обработку персональных данных

- 2.1. В соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.
2.2. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.
2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

3. На медицинское вмешательство

- 3.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур), выполняемых в рамках заключенного настоящего Договора.
3.2. Мне полностью понятно, что во время указанной манипуляции (процедуры) или после нее могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительного медицинского вмешательства.
3.3. Я уполномочиваю медицинских работников ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.
3.4. Я обязуюсь поставить в известность врача до момента оказания мне платных медицинских услуг обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, применяемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
3.5. Я согласен(а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.
3.6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг, на обработку персональных данных, на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

(ФИО гражданина (потребитель), контактный телефон, подпись)

Дата « _____ » _____ 20__ г.

АКТ выполненных работ № _____

г. Уфа « _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Стоматологическая поликлиника №1 города Уфа, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» в лице врача-стоматолога _____, действующего на основании доверенности, с одной стороны, и гражданин(ка) Ф.И.О. _____ с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ г. «Исполнителем» оказаны услуги, в следующем объеме:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Количество	Дата исполнения	Стоимость услуги (руб.)	Сумма	Срок гарантии/срок службы
Всего:							

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги оказаны в полном объеме с « _____ » _____ г. по « _____ » _____ г. Претензий к качеству оказанных «Исполнителем» услуг и к договорной стоимости медицинских услуг «Потребитель» не имеет.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору о предоставлении платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ г. составила _____ (_____) руб.

<p>Исполнитель: ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника №1 г.Уфа ФИО врача _____ Адрес: 450038,РБ, г.Уфа, ул. Машиностроителей, д. 13 ИНН 0273012090, КПП 027301001 р/с40601810400003000001 БИК 048073001 Отделение-НБ Республика Башкортостан</p>	<p>Потребитель: ФИО _____ Адрес _____ Паспорт _____ Телефон _____ (Анонимно - ФИО Потребителя, адрес места жительства, телефон - данные вносятся со слов потребителя)(подчеркнуть) С условиями Договора о предоставлении платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия ознакомлен(а) и</p>
--	--

тел.8(347) 263-51-29; тел.8(347)263-54-57
электронная почта: ufa.sp1@doctorr.ru

Подпись _____
Дата « ____ » _____ 20 __ г.

МП

согласен(а)

Подпись, расшифровка подписи _____
Дата « ____ » _____ 20 __ г.