

Основные сведения договора

Ф.И.О.	Иванов Иван Иванович		тел.	8
Адрес	<u>Калининградская обл.</u>			
Вид на жительство	серия и номер	Xxx-xxx	дата выдачи	20.10.2000
кем выдан	ОУФМС России по Калининградской области			
Заказ	дата , номер	25.05.2000. № 000		

бурцев

6.1 Заказ	Сумма цифр и проп.	00000 (сумма прописью) рублей
-----------	--------------------	-------------------------------

ДОГОВОР

на платное изготовление зубных протезов за счет средств Заказчика № 000

г. Советск

25 мая 2023 год

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Советская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ КО «Советская стоматологическая поликлиника»), в лице главного врача Ищенко Виктора Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны,

и гражданин (-ки) **Иванов Иван Иванович**, именуемый (-ая) в дальнейшем **Заказчик**, действующий (-ая) как физическое лицо от своего имени, с другой стороны, заключили настоящий договор на платное изготовление зубных протезов за счет средств **Заказчика** (далее – Договор) в пользу гражданина (-ки) **Иванов Иван Иванович**, именуемого (-ой) в дальнейшем **Потребитель**, о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Советская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ КО «Советская стоматологическая поликлиника»), сокращенное наименование: Советская СП.

1.1.2. Юридический и фактический адрес: 238750, Калининградская обл., г. Советск, ул. Ломоносова, д. 2а

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 238750, Калининградская обл., г. Советск, ул. Ломоносова, д. 2а
Виды работ(услуг)

При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.stomsov39.ru

1.1.4. Разрешение на оказание платных медицинских услуг, выданным Министерством здравоохранения Калининградской области 31 мая 2012 года № 247

1.2. Сведения о Заказчике: **Иванов Иван Иванович**, Калининградская обл., телефон Заказчика (законного представителя Заказчика): 8

1.3. Сведения о Потребителе (пациенте) **Иванов Иван Иванович**, Калининградская обл., Телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): 8

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю стоматологические услуги в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (п.2.1.4 Договора), согласно Прейскуранту цен (тарифов) на стоматологические услуги для пациентов ортопедического профиля (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке и действующим на дату заключения настоящего Договора, а Потребитель обязуется выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской стоматологической услуги (выполнять рекомендации врача-стоматолога-ортопеда).

2.1.1. Оплата оказанных стоматологических услуг по настоящему Договору производится Заказчиком на условиях настоящего Договора

2.2. В рамках настоящего Договора оказываются услуги по стоматологии ортопедической, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования в виде изготовления и ремонта зубных протезов (исключаются сплавы драгоценных металлов).

2.2.1. Конкретный перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг содержатся в заказ-наряде от 25.05.2000. № 000, являющейся неотъемлемой частью Договора.

2.2.2. Услуги по стоматологии ортопедической оказываются квалифицированными специалистами, имеющими сертификаты по стоматологии ортопедической.

2.3. При заключении настоящего Договора Потребитель подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи в других стоматологических клиниках.

2.4 Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

- ✓ Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;
- ✓ Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных стоматологических услуг;
- ✓ Информацию о враче-стоматологе-ортопеде, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;
- ✓ Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- ✓ Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

- уведомил его (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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.5. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем, при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01157-39/00300753 от 13.08.2015 года), Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг; требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.6 Срок изготовления зубного протеза в соответствии с Заказом составляет 30 дней от даты оформления Заказа Исполнителем.

В указанный срок не включается необходимость проведения Потребителю диагностического обследования, терапевтического лечения зубов и слизистой полости рта, удаление зубов и заживление тканей после хирургического вмешательства.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1. Права и обязанности Исполнителя

Исполнитель обязуется:

3.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Потребителю полную и достоверную информацию в устной форме:

- о состоянии полости рта в рамках специализации врача-стоматолога-ортопеда;
- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее;
- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

3.1.2. Информировать Потребителя о гарантийных сроках оказанных услуг по стоматологии ортопедической. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока (п. 5.4 настоящего Договора)

3.1.3. Обеспечить качество стоматологической услуги, с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

3.1.4. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на стоматологические ортопедические услуги, если есть возможный, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья Потребителя в силу специфики самой медицинской технологии. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Потребителем и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

3.1.5. Информировать Потребителя о стоимости услуги до ее оказания.

3.1.6. По факту оказанной услуги Потребитель в подтверждение Исполнитель предоставляет Потребителю акт сдачи-приемки выполненных работ по изготовлению (ремонту) зубного протеза, подтверждающий факт оказания услуги.

Исполнитель имеет право:

3.1.7. Требовать от Потребителя надлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору.

3.1.8. Самостоятельно определять график консультаций, процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

3.1.9. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Потребителя и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего оказание стоматологических услуг.

3.1.10. С согласия Потребителя заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим специалистам.

3.1.11. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики изготовления и ремонта зубных протезов, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

3.1.12. Отказать в продолжение оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Потребителем условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в изготовлении (ремонте) зубных протезов и причин такого отказа в медицинской документации.

3.1.13. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача-стоматолога-ортопеда в запланированный день приема и невозможности предупредить об этом Потребителя заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Потребителя для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Потребителя время.

3.1.14. Амбулаторная карта стоматологического пациента (Потребителя) является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет. Потребитель на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

Обязанности Заказчика (Потребителя):

3.2.1. До начала оказания услуг предоставить Исполнителю:

- документ, удостоверяющий личность (гражданский паспорт)

3.2.2. До начала оказания услуг заполнить «Анкету состояния здоровья пациента» и предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Потребитель обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесенных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врожденных или приобретенных пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

3.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

3.2.4. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

3.2.5. Во время получения стоматологической помощи являться на запланированные визиты к врачу-стоматологу в точно указанное время. При невозможности явиться на консультацию, приём или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или медицинского регистратора) **не позднее, чем за одни сутки до начала запланированного визита** в часы работы Исполнителя.

3.2.6. Исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача, том числе данные последним в устной форме во время лечения и по его окончании. Незамедлительно ставить в известность врачей -стоматологов-ортопедов Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой

услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.

3.2.7. При необходимости временной приостановки получения стоматологической помощи более чем на 7 (Семь) дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Потребителем и факт получения уведомления Исполнителем.

3.2.8. Строго соблюдать порядок и режим, установленные на территории Исполнителя.

3.2.9. Проводить начатое зубное протезирование только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу оказанных стоматологических услуг не будут иметь основание.

3.2.10. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

3.2.11. По окончании зубного протезирования являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации лечащего врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

Заказчик (Потребитель) имеет право:

3.2.12. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.

3.2.13. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).

3.2.14. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.

3.2.15. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01157-39/00300753 от 13.08.2015 года), порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.

4.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.6. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

4.7. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

5.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Потребителем рекомендаций, данных врачом-стоматологом-ортопедом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.3. Возможные дискомфорт, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Потребитель был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5.4. Гарантийный срок на зубные протезы – 6 (Шесть) месяцев от даты принятия Потребителем работы. Датой принятия работы является дата акт сдачи-приемки выполненных работ по изготовлению (ремонту) зубного протеза в соответствии с заказ-нарядом на изготовление (ремонт) зубных протезов от 25.05.2000. № 000 .

5.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его (Потребителя) о том, что:

5.5.1. настоящая гарантия не распространяется на нормальный износ или на повреждения, вызванные ненормальным или неправильным использованием, небрежностью или несчастным случаем.

5.5.2. зубопротезные конструкции не выдерживают ударных и точечных нагрузок, и является недопустимым с помощью зубных протезов разгрызание сухарей и сушек, раскалывание скорлупы орехов, открывание бутылок, перекусывание лески, ниток, проводов, открывание пакетов, пузырьков. Следует быть аккуратнее, когда конструкции протезов объединяют несколько зубов и не позволяют контролировать нагрузку на каждом отдельном зубе, особенно при попадании твердых частиц в мягкой пище.

5.5.3. гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Потребителя в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

5.6. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его (Потребителя) с настоящими условиями действия гарантии и принимает их.

6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

6.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на дату заключения Договора, в соответствии с объемом оказываемых услуг указанных в заказе-наряде от **25.05.2000. № 000** и составляет **00000 (сумма прописью) рублей 00** копеек.

6.2. В процессе оказания стоматологической помощи по зубному протезированию может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и других видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Потребителю. При этом Потребитель вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Потребитель письменно не возражает, стоматологическая помощь продолжается на новых условиях.

6.3. Оплата стоимости медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в следующем порядке:

6.4. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату Потребителю через страховую компанию либо из других источников не подлежат.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Потребитель несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

7.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения (зубном протезировании); наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) стоматологические материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения (зубного протезирования), в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Потребителем; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил адаптации (период привыкания) к зубным протезам.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя и Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Потребителю.

9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон. Исполнитель имеет право предоставлять в адрес Заказчика по требованию последнего копию настоящего Договора, заверенную надлежащим образом

9.3. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме 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.

10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН:

10.1. Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Советская стоматологическая поликлиника» (ГБУЗ КО «Советская стоматологическая поликлиника»)

ИНН 3911000875 КПП 391101001

Юридический адрес: 238750, Калининградская обл., г. Советск, ул. Ломоносова д. 2а

Фактический адрес: 238750, Калининградская обл., г. Советск, ул. Ломоносова д. 2а

Телефон регистратуры 8-(40161)-3-25-42

Телефон главного врача 8-(40161)-3-54-03

Факс 8-(40161)-3-54-03

Телефон бухгалтерии: 8-(40161)-3-64-45

e-mail: : sovetsk-stomat@infomed39.ru,

Задать интересующий вопрос можно на официальном сайте по адресу: www.stomsov39.ru

Главный врач _____ Ищенко В.А.

12.2 Заказчик: *Иванов Иван Иванович*

Личность удостоверяется паспортом серии **Ххх-ххх** Дата выдачи 20.10.2000

Кем выдан: *ОУФМС России по Калининградской области*

Адрес регистрации: *Калининградская обл.,*

Телефон 8

_____/ *Иванов Иван Иванович* /
(подпись)