

- 4.2.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг, в том числе о реакции на медикаменты, перенесенных заболеваниях и пр.
- 4.2.2. Привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц.
- 4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Потребителя, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной Договором.
- 4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Потребителю стоимости оплаченной услуги.
- 4.2.5. Требовать от Потребителя полной оплаты оказанных услуг.
- 4.3. Потребитель обязан:
- 4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги в порядке и сроки, на условиях обозначенных в настоящем договоре.
- 4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.).
- 4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать указания (рекомендации) врача.
- 4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Исполнителем времени получения медицинской услуги.
- 4.4. Потребитель имеет право:
- 4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге.
- 4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ И ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГАХ

5.1. Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л 0-23- 01-011244 выданной Департаментом здравоохранения Краснодарского края 17 мая 2017 года и выполняет согласно данной лицензии следующие виды работ (услуг):

- 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 специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической;
- при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи.

5.2. Потребитель уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит в программу обязательного медицинского страхования и не финансируется из средств данного Фонда.

5.1.2. Наименование, адрес, местонахождения и телефон органа выдавшего Исполнителю лицензию:
Министерство здравоохранения Краснодарского края; 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276; эл.почта: mz@krasnodar.ru; тел. (861)992-52-91 – приемная.

5.2. Сведения об Исполнителе - юридическом лице внесены в Единый государственный реестр юридических лиц Инспекцией МНС России по г. Славянску-на-Кубани и Славянскому району 26.02.2004 года за основным государственным номером 1042327419595, свидетельство серия 23 № 004450567.

5.3. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах в полном объеме размещена на информационных стендах Исполнителя, а также на сайте медицинской организации в сети «Интернет» по адресу: slavstomatolog.ru.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Потребитель вправе по своему выбору потребовать:
- назначения нового срока оказания услуги;
 - уменьшения стоимости предоставленной услуги;
 - исполнения услуги другим специалистом;
 - расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.
- 6.2. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной услуги в случае несоблюдения Потребителем указаний (рекомендаций) врача.
- 6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуг, если докажет, что оно произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ.

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами обязательств.
- 7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнительных соглашений, являющихся неотъемлемой частью договора.
- 7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

- 8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.
- 8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»
 ГАУЗ «Славянская стоматологическая
 Поликлиника» МЗ КК
 353560 г. Славянск-на-Кубани,
 ул. Юных коммунаров, 70
 тел./факс 8 (861 46) 2-38-50
 эл.почта: stomatolog2000@mail.ru
 Сайт: slavstomatolog.ru
 ОГРН 1042327419595
 ИНН/КПП 2349024416/234901001
 БИК 040349001
 р/с 40204810500000000021в Южное.ГУ Банка
 Главный врач _____ О.О.Вороная

«ПОТРЕБИТЕЛЬ»

_____ фамилия

 _____ Имя, отчество

 _____ адрес проживания

 Тел.: _____ / _____

_____ подпись