

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, и _____, именуемого в дальнейшем Заказчик/Представитель пациента, _____, именуемого в дальнейшем Потребитель/Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее-Договор) о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

- 1.1. Юридический адрес/Адрес местонахождения: 105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, дом 63, тел. 8-495-465-34-19.
- 1.2. ОГРН 1037739071677/ ИНН 7719260307.
- 1.3. Учредитель юридического лица: Департамент здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, ОГРН 1037707005346/ ИНН 7707089084, тел. 8-495-777-77-77).
- 1.4. Регистрационный номер лицензии: № Л041-01137-77/00368212. Дата предоставления лицензии: 16.10.2019 г. Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения города Москвы. Лицензия действует бессрочно.
- 1.5. Перечень выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности в ГБУЗ «ДСП № 45» по адресу согласно п. 1.1. Договора: при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: медицинская статистика, рентгенология, сестринское дело, стоматология, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: организация здравоохранения и общественного здоровья, эпидемиология, ортодонтия, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология хирургическая, стоматология ортопедическая, стоматология терапевтическая; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): экспертиза временной нетрудоспособности.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. Исполнитель на основании обращения Представителя пациента/Пациента обязуется предоставить ему платные медицинские услуги (далее – Услуги) в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, а Представитель пациента/Пациент обязуется их оплатить в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
- 2.2. Услуги по Договору предоставляются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Представителя пациента/Пациента. Представитель пациента/Пациент уведомлен Исполнителем о возможности получить Услуги на бесплатной основе в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о чем засвидетельствовал личной подписью в добровольном информированном согласии (Приложение № 1).
- 2.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, согласованный с Департаментом здравоохранения города Москвы, определены в Прейскуранте. Представитель пациента/Пациент оплачивает стоимость оказанных либо подлежащих оказанию услуг согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания таких услуг.
- 2.4. Перечень платных медицинских услуг, порядок и условия их предоставления населению, Прейскурант на медицинские услуги размещены на информационной стойке в отделении по оказанию платных медицинских услуг, а также на официальном сайте: <https://dsp45.moscow/>.
- 2.5. Объем, виды и стоимость Услуг по настоящему договору определяется в Перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором (Приложение №2).
- 2.6. Фактическое оказание каждой услуги подтверждается актом приема – передачи медицинских услуг (Приложение №3).
- 2.7. Медицинские услуги по профилю «стоматология ортопедическая» предусматривают зуботехнические работы, которые выполняются по отдельному Договору сторонней организацией, имеющей лицензию на осуществление данного вида деятельности. В данном случае Исполнитель будет являться заказчиком услуги.
- 2.8. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство законного представителя пациента/Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 2.9. Представитель пациента/Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:
 - ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г № 736);
 - ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. Информировать Представителя пациента/Пациента данными о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах; об установленных сроках годности препаратов, применяемых при лечении Пациента.
- 3.1.2. Оказать качественно медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные согласованным планом лечения, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами, с использованием современных методов диагностики и лечения.
- 3.1.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента.
- 3.1.4. Обеспечить непосредственное ознакомление Представителя пациента/Пациента с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, и выдать в течении 10 дней по письменному требованию Представителя пациента/Пациента выписку или копии медицинских документов.
- 3.1.5. Сдать оказанную услугу Представителю пациента/Пациенту по мере исполнения, ознакомив с результатами лечения и дав необходимые рекомендации.

3.2. Исполнитель вправе:

- 3.2.1. Требовать от Представителя пациента/Пациента предоставления сведений и документов, необходимых для определения плана лечения, включая медицинские документы иных лечебных учреждений (выписки, заключения и т.д.).
- 3.2.2. Перенести или отменить лечебное мероприятие, в том числе в назначенное время, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.
- 3.2.3. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача, Исполнитель вправе с согласия Представителя пациента/Пациента назначить другого врача для проведения лечения.
- 3.2.4. Отказать Пациенту (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в оказании медицинских услуг в случаях:
 - нахождения Пациента в состоянии алкогольного опьянения, наркотического или иного токсического опьянения;
 - если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала и (или) других Пациентов или нарушают общественный порядок.
- 3.2.5. Отказать в оказании услуг при отказе Представителя пациента/Пациента от заключения и подписания договора, предоставления паспортных данных и иных сведений для составления договора.
- 3.2.6. При выявлении обстоятельств, делающих невозможным дальнейшее оказание Услуг по Договору, либо установлении необходимости оказания Услуг, не соответствующих профилю учреждения, приостановить оказание Услуг до определения дальнейшего порядка оказания Услуг Пациенту.

3.3. Представитель пациента/Пациент обязуется:

- 3.3.1. Оплатить Услуги Исполнителя по Договору в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
- 3.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных третьими лицами (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
- 3.3.4. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- 3.3.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.
- 3.3.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия Пациента.
- 3.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.
- 3.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. При невозможности явиться на лечение в оговоренное время, заранее сообщить Исполнителю и согласовать другое время. В случае опоздания Пациента более чем на 20 (двадцать) минут, Исполнитель оставляет за собой право на перенос срока получения или отмену услуги.
- 3.3.9. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила пожарной безопасности.
- 3.3.10. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические стоматологические осмотры не реже 1 раза в год, если иной срок не установлен лечащим врачом. При неявке Пациента в установленный срок на осмотр с Исполнителя снимается ответственность за возникновение обстоятельств, наступающих в результате неявки Пациента.
- 3.3.11. Представитель пациента/Пациент согласен с тем, что после проведенного лечения Пациента могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, изменения эстетики, дикции и фонации, психологический дискомфорт, которые не могут считаться недостатком услуги, так как часто являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма и процесса восстановления зубочелюстной системы. Процесс адаптации зависит от организма и является индивидуальным для каждого Пациента.
- 3.3.14. Представитель пациента/Пациент предупрежден о последствиях прерывания лечения. Исполнитель не несет ответственности за обстоятельства или осложнения, наступившие в результате прерывания лечения Пациентом.
- 3.3.15. При обращении за медицинской помощью представить документ, удостоверяющий личность.

3.4. Представитель пациента/Пациент имеет право:

- 3.4.1. На выбор врача.
- 3.4.2. На получение консультаций врачей-специалистов.
- 3.4.5. На отказ от медицинского вмешательства.
- 3.4.6. Получить документ установленного образца, подтверждающий сумму произведенной Пациентом оплаты за предоставляемые медицинские услуги в кассу Исполнителя.
- 3.4.7. Своевременно получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставляемых услуг.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

- 4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент их предоставления.
- 4.2. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Представителя пациента/Пациента для исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.
- 4.3. Представитель пациента/Пациент оплачивает предоставленные Пациенту Услуги в безналичном порядке на расчетный счет Исполнителя или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.
- 4.4. При осуществлении зуботехнических работ, связанных с изготовлением ортодонтических и (или) ортопедических конструкций Представитель пациента/Пациент оплачивает предоплату в размере 100 (Сто) процентов.
- 4.5. Расходные материалы для ортодонтии (брекет-системы, дентальные имплантаты и сопутствующие изделия) приобретаются Представителем пациента/Пациентом самостоятельно. Деятельность Исполнителя не предполагает продажи медицинских изделий и сопутствующих материалов.

5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 5.1. Условия и порядок предоставления платных медицинских услуг размещены на информационной стойке в отделении по оказанию платных медицинских услуг, а также на официальном сайте: <https://dsp45.moscow/>.
- 5.2. Услуги предоставляются по предварительной записи в отделении оказания платных медицинских услуг по тел. 8-495-465-20-04, 8-915-274-84-92.
- 5.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг не превышают сроков, указанных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Представителем пациента/Пациентом неполной информации о здоровье Пациента.
- 6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Представителем пациента/Пациентом условий настоящего Договора.
- 6.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.
- 6.6. Исполнитель несет ответственность за оказанные Услуги в течение гарантийного срока: светотверждаемые пломбы, несъемные и съемные ортопедические конструкции, бюгельные протезы - 1 год, другие пломбы (пломбы химического отверждения, стеклоиономерные цементы), герметики, несъемные ортопедические конструкции с облицовкой - 6 месяцев, ортодонтические конструкции - 3 месяца, циркониевые конструкции - 2 года, в течение которого обязан устранить недостатки в минимальный срок, объективно необходимый для их устранения с учетом обычно применяемого способа. На временные (провизорные) протезы, имediat-протезы гарантия не распространяется.
- 6.6.1. Гарантия утрачивается в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача, обращения в другие медицинские учреждения по переломке и(или) исправлению ортодонтических и (или) ортопедических конструкций, если Пациент самостоятельно принял решение и не носит их. При неудовлетворительной гигиене полости рта, индекс гигиены (ИГ) более 2,0, определенный по методу Федорова-Володкиной гарантийный срок уменьшается на 50%.
- 6.7. 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.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Представителя пациента/Пациента после заключения настоящего Договора от получения платных медицинских услуг. Отказ Представителя пациента/Пациента от получения платных медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю не позднее трех рабочих дней до даты расторжения Договора, при этом Представитель пациента/Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор может быть расторгнут в любой момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

7.3. Договор может быть заключен через интернет:

7.3.1. Информация о порядке заключения через интернет размещена на главной странице сайта Исполнителя. После акцепта и оплаты по договору Исполнитель направляет Представителю пациента/Пациенту подтверждение.

7.2.2. Идентификация Пациента в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью федеральной государственной информационной системы "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме".

7.3.3. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Представителя пациента/Пациента простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной подписью и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя.

7.3.4. При обнаружении недостатков платных медицинских услуг Представитель пациента/Пациент вправе передать требования также дистанционно.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х/3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до ____ г.

8.4. После исполнения настоящего Договора, по запросу Представителя пациента/Пациента Исполнителем выдаются медицинские документы (копии и выписки), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

8.3. Споры и разногласия по Договору решаются путем принятия Сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

8.4. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры разрешаются в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

8.5. Во всем, что не урегулировано Договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ») Юридический адрес: 105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, д.63, ИНН 7719260307, КПП 771901001, Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ», Л/с 2605442000630921) ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве г. Москва, Счет 40102810545370000003, БИК 004525988 Тел.: 8 (495) 465-34-19, <https://dsp45.moscow/> e-mail: dsp45@zdrav.mos.ru

От Исполнителя:

_____/_____
Подпись / Расшифровка подписи

Потребитель/Пациент:

ФИО: _____ дата рождения: _____
Адрес: _____
Документ удостоверяющий личность: _____
Серия ____ N ____
кем выдан _____
дата выдачи ____ г.

Заказчик/Представитель пациента:

ФИО: _____
Адрес: _____
E-mail: _____
Телефон: _____
Паспорт: _____
Серия ____ N ____
кем выдан _____
дата выдачи ____ г.

От Пациента:

_____/_____
Подпись / Расшифровка подписи

При заключении договора Заказчику предоставлена информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах.

Заказчик экземпляр договора на руки получил, с Порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг ознакомлен. На обработку персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 года «О персональных данных» согласен.

Подпись _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ДСП №45 ДЗМ»)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
Зарегистрированный по адресу: _____

Представитель Пациента/Пациент: _____

(Ф.И.О., дата рождения)

- в доступной мне форме проинформирован работниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и по Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено указанными выше программами государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

- в доступной мне форме проинформирован работниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) работниками ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

(фамилия, имя, отчество полностью, представителя пациента/ Пациента)

(подпись)

«__» _____ 20__ года

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, ФИО _____, подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: ФИО, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и по платным медицинским услугам. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии) [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует с даты его подписания бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись _____ ФИО _____ Дата «__» _____ 20__ г.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ**

от «__» _____ 20__ г.

Настоящий Перечень является основанием для оплаты указанных в нем Услуг.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	№ зуба	Стоимость (руб.)	Количество	Сумма (руб.)

Всего: _____

Итого услуг на сумму: _____ (сумма прописью)

Представитель пациента/Пациент:

(фамилия, имя, отчество полностью) _____ (подпись)
«__» _____ 20__ г.

Исполнитель: ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

должность специалиста _____ подпись / _____ /
Ф.И.О.

**АКТ
ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

от «__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, и _____, именуемого в дальнейшем Заказчик/Представитель пациента, _____, именуемого в дальнейшем Потребитель/Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

Медицинские услуги, указанные в Перечне от «__» _____ 20__ г., выполнил Специалист _____ на сумму: _____ (сумма прописью)

1. Представитель пациента/ Пациент претензий по качеству работы, объёму и срокам ее исполнения не имеет.
2. Представитель пациента/ Пациент произвел оплату медицинских услуг, указанных в Перечне, полностью.
3. По настоящему Договору Стороны не имеют взаимных претензий.
4. Акт составлен в двух/трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Представитель пациента/Пациент:

ФИО

Подпись
«__» _____ 20__ г.

Исполнитель: ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

ФИО

Подпись
«__» _____ 20__ г.