

Договор №
на оказание платных стоматологических услуг

г. Екатеринбург «___» _____ 20 год
ООО «Клиника стоматологии «Арт-Класс» в лице директора Бабушкина Н.А., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и
Гражданин (ка) РФ

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику платные стоматологические услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора.
- 1.2. Конкретные медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящего договора, перечислены в Прейскуранте Исполнителя, определяются врачом и согласуются с Заказчиком.
- 1.3. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании:
- Устава;
 - Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-003792 от 24 декабря 2015 года, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34-б. Тел. 8 (343) 312-00-03)
 - Свидетельства о регистрации в Инспекции МНС России по Верх-Исетскому району г. Екатеринбурга Свердловской области (ОГРН 1036602662293)
 - Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Клиника стоматологии «Арт-Класс».
- 1.4. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий. Конкретные работы и услуги по осуществляемым видам помощи указаны в приложении к лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые размещены на стенде информации для пациентов и на сайте Клиники.
- 1.5. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения Министерства здравоохранения Российской Федерации.
- 1.6. Основанием для заключения настоящего Договора являются медицинские показания и желание (добровольное волеизъявление) Заказчика получить платные медицинские услуги. До заключения Договора Заказчик проинформирован Исполнителем о перечне бесплатных медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.
- 1.7. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, являются безопасными для здоровья Пациента при отсутствии недопустимого риска, не оправданного состоянием здоровья Пациента.

2. Обязательства сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику информацию:
- о местонахождении (месте государственной регистрации), времени работы Исполнителя;
 - об имеющейся лицензии и приложениям к ней, о квалификации специалистов;
 - Положении о гарантиях;
 - о ценах на оказываемые услуги.
- 2.1.2. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику полную и достоверную информацию:
- о состоянии полости рта и зубо-челюстной системы в рамках специализации врача;
 - 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.
- 2.1.3. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течении установленного гарантийного срока.
- 2.1.4. Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг (технологий). Лист

информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Заказчиком и лечащим врачом, является неотъемлемой частью карты стоматологического больного. Отказ Заказчика от подписания информированного добровольного согласия означает расторжение настоящего договора Заказчиком в одностороннем порядке.

2.1.5. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги.

Исполнитель имеет право:

2.1.6. Требовать от Заказчика надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору

2.1.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день приема предложить другого врача для оказания услуг в рамках настоящего договора либо перенести прием на другое удобное для Заказчика время.

2.1.8. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.1.9. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезии, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.1.10. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Пациентом условий настоящего договора или Правил поведения пациента, действующих в помещении Исполнителя. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Пациента острого стоматологического состояния.

2.1.11. Амбулаторная карта стоматологического больного (Заказчика) является медицинским документом и хранится у Исполнителя. Заказчик на основании письменного заявления вправе получить копию либо выписку из медицинской карты.

2.2. Права и обязанности Заказчика:

Обязанности Заказчика:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Пациент обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, всех видах аллергических реакций, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.2.2. 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 приёме.

2.2.3. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, факт ознакомления с предложенным планом лечения.

2.2.4. Являться на назначенные приёмы вовремя. При невозможности явиться на консультацию или лечение предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала приема в часы работы Исполнителя.

2.2.5. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

2.2.6. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренным разделом 5 настоящего договора.

2.2.7. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения.

2.2.8. Во время лечения являться на запланированные визиты к стоматологу в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача. В том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании.

2.2.9. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Заказчика.

2.2.10. При обращении Заказчика в другие клиники в обязательном порядке предоставлять Исполнителю выписку из клиники и рентгенологические снимки, фиксирующие результаты лечения. При отсутствии выписки и снимков возможные претензии по поводу лечения в Клинике стоматологии «Арт-класс» не рассматриваются.

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

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

Заказчик имеет право:

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

2.2.14. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах.

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

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

3. Сроки исполнения обязательств

Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора. Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально с учетом соблюдения сроков исполнения конкретных стоматологических технологий, включая проведение работ по изготовлению зубных протезов и зуботехнических работ.

4. Цена услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объёмом работ, Прейскурантом на стоматологические услуги, действующим у Исполнителя на день оказания услуг. Прейскурант размещен на сайте Исполнителя, а также в печатном виде находится на стойке администратора.

4.2. В процессе лечения 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 др. видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Заказчику. При этом Заказчик вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

4.3. Заказчик может вносить оплату за оказанные услуги разными способами: за наличный расчёт (внесение денежных средств в кассу Исполнителя), безналичным расчётом (перечисление денежных средств на расчетный счет Исполнителя).

4.4. Стороны пришли к соглашению, что положения статьи 317.1 ГК РФ к отношениям сторон по настоящему Договору не применяются.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

5.1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций, соблюдения методик диагностики, профилактики, лечения, профессиональной этики и деонтологии, ведения медицинской документации.

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

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

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для продолжения лечения; невыполнения Пациентом назначений и рекомендаций специалистов Исполнителя; самовольного прерывания Пациентом проводимого курса лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведённых в другом медицинском учреждении или самим Пациентом; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, 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.

6. Дополнительные условия

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря текущего года. В случае, если ни одна из сторон не заявит о своем желании расторгнуть договор в письменной форме за 1 месяц до окончания его действия, договор считается пролонгированным на 1 год. Последующая пролонгация происходит автоматически.

6.2. Настоящим пунктом подтверждается, что до подписания Договора Заказчик был ознакомлен с:

- Лицензией на осуществление медицинской деятельности, приложения к ней;
- Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;
- Положением о гарантиях;
- Прейскурантом Исполнителя;
- Правилами поведения пациентов и их законных представителей.

В соответствии с пунктом 15 Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. Исполнитель до заключения договора уведомляет Заказчика о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, либо отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

6.3. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Заказчик подтверждает, что договор им прочитан, смысл и значение каждого пункта ему разъяснены, понятны и соответствуют его намерениям. С прейскурантом, информацией о медицинской организации ознакомлен. На обработку персональных данных в медико-профилактических целях согласен.

7. Адреса и подписи сторон:

Пациент: Документ _____ : серия _____ № _____ Кем выдан: _____ Дата выдачи: « ____ » _____ г. Адрес регистрации: _____ Адрес фактического проживания: _____ Телефон: дом.: () _____ ; моб.: () _____ Указанные выше сведения подтверждаю: _____/_____ (Подпись) (ФИО, разборчиво)

Исполнитель:

ООО «Клиника стоматологии «Арт-Класс»
юридический адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул.Московская, д.19,
почтовый адрес: 620077, г. Екатеринбург, ул.Московская, д.19,
тел/факс: (343) 228-28-39, факс 8(343)371-89-99,
ИНН/КПП 6658165250/665801001,
Банк: «Екатеринбург» (ПАО) г. Екатеринбург
БИК 046577904,
р/сч 40702810200010002901,
кор/сч 30101810500000000904,
ОГРН 1036602662293

Директор _____ / Бабушкин Н.А. _____