

**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 в дальнейшем «Пациент»,

_____, в лице директора _____, действующий на основании _____, именуемый в дальнейшем «Плательщик».

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать платные стоматологические услуги Пациенту, а Плательщик 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 Пациентом и Плательщиком.

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 МЧС 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) Пациента получить платные медицинские услуги. До заключения Договора Пациент 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 Пациенту и Плательщику 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 Пациенту полную и достоверную информацию о Пациенте:

- о состоянии его (ее) 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 Пациента и Плательщика 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 Пациенту стоматологических услуг (технологий). Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Пациентом и лечащим врачом, является неотъемлемой частью карты стоматологического больного. Отказ Пациента от подписания информированного добровольного согласия означает расторжение настоящего договора Заказчиком в одностороннем порядке.

2.1.5. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Пациенту и Плательщику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги.

Исполнитель имеет право:

2.1.6. Требовать от Пациента и Плательщика 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 Пациента 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 и при согласии Пациента.

2.1.10. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Пациентом и/или Плательщиком условий настоящего договора или Правил поведения пациентов и их законных представителей, 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 (Пациента) является медицинским документом и хранится у Исполнителя. Заказчик на основании письменного заявления вправе получить копию либо выписку из медицинской карты Пациента.

2.2. Права и обязанности Пациента:

Обязанности Пациента:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Заказчик обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни Пациента, анамнезу (истории) заболевания Пациента, информировать обо всех перенесённых Пациентом 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. Обеспечить соблюдение Пациентом всех назначений и рекомендаций специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг, в том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья Пациента на очередном приёме.

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

2.2.4. Обеспечивать явку Пациента 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. При отказе Плательщика от оплаты, оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренном разделом 5 настоящего договора.

2.2.7. При обращении Пациента 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.

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

2.2.9. По окончании лечения обеспечить явку Пациента для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять у Пациента рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

Пациент имеет право:

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

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 здоровье Пациента и факте обращения к специалисту-стоматологу.

Обязанности Плательщика

2.2.16. Оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора.

Сроки исполнения обязательств

Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациента желания ее получить и подписания настоящего договора. Длительность оказания услуги Пациенту 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 Пациента 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 Плательщику. При этом Плательщик вправе отказаться от оплаты дальнейшего лечения Пациента и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Плательщик письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

4.3. Плательщик 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 Пациент и Платежник 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:

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

Плательщик

Наименование организации _____ юридический
адрес _____
Телефон _____
ИНН _____ КПП _____
ОГРН _____
Расчетный счет _____
БАНК _____
Корреспондентский счёт _____
БИК _____
Директор _____ / _____

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 3010181050000000904, ОГРН 1036602662293
Директор _____ / Бабушкин Н.А. _____