

ДОГОВОР № 12345 оказания стоматологических услуг

01.01.2018

г. Тверь

Общество с ограниченной ответственностью «Династия Н», ОГРН 1096952015302 (свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 69 номер 001821677 от 25.08.2009 Межрайонной ИФНС №12 по Тверской области), находящееся по адресу г.Тверь, пр-т Чайковского д.28/2, оф.822, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Наседкина И. Ю., действующего на основании Устава и Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", с одной стороны, и **Фамилия Имя Отчество**, проживающий по адресу: , телефон , именуемый/ая в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских (стоматологических) услуг в стоматологическом кабинете «Династия Н».

Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские (стоматологические) услуги в соответствии с согласованным между Заказчиком (или его законным представителем) и Исполнителем Перечнем стоматологических услуг (Приложение № 1), который является неотъемлемой частью настоящего договора.

Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2.Срок действия настоящего договора - с даты подписания договора до окончания оказания Исполнителем стоматологических услуг Заказчику, в соответствии с согласованным Перечнем стоматологических услуг и сроками исполнения, предусмотренными Перечнем стоматологических услуг (Приложение № 1).

1.3.По окончании оказания стоматологических услуг сторонами подписывается акт выполненных работ, являющийся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 2), либо делается соответствующая отметка в документации к договору.

1.4.Заказчику разъяснены оказываемые ему услуги. Заказчик, подписанием настоящего договора дает согласие на их оказание.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1.Стоимость услуг по настоящему договору определяется согласно утвержденного прейскуранта, с учетом индивидуальных особенностей Заказчика и отражается в согласованном сторонами Перечне стоматологических услуг.

2.2.Оказываемые услуги оплачиваются **в порядке предоплаты / по факту оказания** (ненужное зачеркнуть) наличными денежными средствами, либо по безналичному расчету по выбору Заказчика.

2.3.Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Заказчиком, его страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного Исполнителем.

2.4.Заказчик вправе оплачивать каждую стоматологическую услугу отдельно в порядке, установленном по согласованию Сторон (работа может быть оплачена в полном размере при заключении договора, или путем выдачи аванса, или оплатить в полном объеме после её принятия).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1.Произвести согласованные с Заказчиком обследование и лечение в соответствии с нормами и требованиями действующего законодательства и условиями настоящего договора.

3.1.2.Выдать заключение с указанием проведённых процедур и исследований, описанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий; при необходимости выдать заключение специалиста, а также заверенные копии медицинских документов (истории болезни и т.д.), имеющих отношение к оказанию платных стоматологических услуг Заказчику.

3.1.3.Проводить динамическое наблюдение Заказчика в течение периода реабилитации.

3.1.4.Не разглашать конфиденциальные сведения, связанные с Заказчиком.

3.1.5.В случае прерывания услуги по требованию Заказчика, письменно предупредить о возможных последствиях таких действий для здоровья Заказчика.

3.1.6.Обеспечить качественное и наиболее безболезненное лечение в соответствии с медицинскими показаниями.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком письменных назначений лечащего врача и условий настоящего договора.

3.2.2. При выявлении у Заказчика противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в их проведении и вернуть денежные средства, уплаченные для проведения данных мероприятий.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1.Выполнять все медицинские рекомендации и письменные назначения лечащего врача;

3.3.2.Соблюдать условия настоящего договора.

3.3.3.Своевременно оплатить стоимость услуг в порядке, установленном настоящим договором.

3.3.4.Являться на лечение в установленное время.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1.Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей.

3.4.2.На полное возмещение причиненных убытков и ущерба в случае ненадлежащего оказания стоматологической услуги.

3.4.3. Отказаться от получения платной стоматологической услуги в любое время и получить обратно уплаченную сумму (если пациент оплатил услугу до ее оказания) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

3.4.4. Выбрать лечащего врача.

3.4.5. Менять лечащего врача в процессе оказания стоматологической услуги.

3.4.6. Получать письменные рекомендации и назначения лечащего врача, заключения с указанием результатов проведенных исследований, перечнем полученных процедур и исследований, лечебных мероприятий.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

4.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

4.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения. В случае не получения ответа сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

4.3. В случае не урегулирования в процессе переговоров спорных вопросов споры и разногласия разрешаются в судебном порядке, в том числе при согласии сторон, экспертами Стоматологической ассоциации России.

5. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. В случае невыполнения Заказчиком письменных рекомендаций и требований лечащего врача, вследствие чего наступили обстоятельства, которые могут снизить качество выполняемой оказываемой услуги или делают ее выполнение невозможной, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков.

5.2. Пациент вправе расторгнуть договор по своему усмотрению в случае, если им не обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора, оплатив при этом фактически оказанные услуги и понесенные затраты

5.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного, и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. При этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

6.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель	Заказчик
ООО «Династия Н»	Фамилия Имя Отчество
Юридический адрес: 170100, г. Тверь, пр-т Чайковского, д. 28/2, оф. 822 Фактический адрес: 170100, г. Тверь, пр-т Чайковского, д. 28/2, оф. 822 ОГРН 1096952015302 от 25.08.2009 Межрайонной ИФНС №12 по тверской области Банк: ПАО КБ «Торжокуниверсалбанк» г. Торжок р/с: 40702810200060001895 к/с: 30101810000000000751 БИК 042854751 ИНН/КПП 6950104908/695001001	Паспортные данные: Прописан:
_____ И.Ю. Наседкин	_____ Фамилия И.О.

Аллергетики, перенесенные и сопутствующие заболевания

Пациент **Фамилия Имя Отчество** предупрежден, что неправильная информация может нанести вред его здоровью.

ПАЦИЕНТ: _____ **Фамилия И.О.**

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

1. Заказчик подтверждает оказание ему Исполнителем стоматологических услуг, указанных в Перечне стоматологических услуг (Приложение № 1).

2. Заказчик (не имеет / имеет) претензии к Исполнителю по оказанным Исполнителем услугам.

3. Особые

отметки: _____

Исполнитель	Заказчик
ООО «Династия Н»	Фамилия Имя Отчество
<p>Юридический адрес: 170100, г. Тверь, пр-т Чайковского, д. 28/2, оф. 822 Фактический адрес: 170100, г. Тверь, пр-т Чайковского, д. 28/2, оф. 822 ОГРН 1096952015302 от 25.08.2009 Межрайонной ИФНС №12 по тверской области</p> <p>Банк: ОАО КБ «Торжокуниверсалбанк» г. Торжок р/с: 40702810200060001895 к/с: 301018100000000000751 БИК 042854751 ИНН/КПП 6950104908/695001001</p>	<p>Паспортные данные:</p> <p>Прописан:</p>
<p>_____ И.Ю. Наседкин</p>	<p>_____ Фамилия И.О.</p>

**СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ (СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ)
УСЛУГ (ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА)**

Г.Тверь

26.06.2018.

Я, **Фамилия Имя Отчество** зарегистрированный(ая) по адресу: карта пациента № 12345, в рамках договора об оказании стоматологических услуг, желаю получить платные стоматологические услуги в Стоматологическом кабинете ООО Династия Н (далее по тексту - «Исполнитель»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Мне разъяснено состояние моего здоровья на настоящий момент, включая сведения о диагнозе, результатах обследований, наличии заболеваний (основных и сопутствующих) и их осложнениях, а также о возможных вариантах развития заболеваний и их прогнозе. Информацию о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также о болезнях и операциях, перенесенных раньше я сообщил(а) лечащему врачу в полном объеме.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных стоматологических услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды стоматологических услуг, указанные в Перечне стоматологических услуг, являющихся приложением к вышеуказанному договору на оказание стоматологических услуг, которые я хочу получить у Исполнителя и согласен(на) их оплатить.

4. Мне разъяснены особенности основных этапов предстоящих обследования и лечения (в том числе их хирургических видов, методов обезболивания), связанные с ними риск, возможность развития осложнений и последствий, их виды.

5. Мне понятно, что указанный выше объем медицинского вмешательства будет мне выполнен с целью достижения наиболее благоприятного результата, который вообще возможен при моем состоянии. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

6. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует планируемый результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Исполнителя.

8. Я осознаю и понимаю, что в случае не исполнения рекомендаций лечащего врача Исполнителя, проводимое лечение мне не гарантирует планируемый результат, а также мне понятна возможность наступления негативных последствий для моего здоровья в случае невыполнения рекомендаций, предписание лечащего врача, в т.ч. несвоевременной явки на прием.

9. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской (стоматологической) услуги в соответствии с ним. Виды выбранных мною платных медицинских (стоматологических) услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в сумме, которая согласована в договоре, исходя из прейскуранта.

10. Я проинформирован(а) что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

11. Содержание настоящего документа мною прочитано, полученная информация мне понятна и достаточна для принятия решения, которое является свободным актом моего волеизъявления, что и удостоверяю своей подписью:

_____/ **Фамилия Имя Отчество** /

(подпись пациента (представителя, в установленных случаях))

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании стоматологических услуг.

_____/

(подпись лечащего врача)