Договор оказания платных стоматологических услуг № _____

г. Алексин "____" _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматолог и Я», в лице Генерального директора Перерва Д. Л. действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гр._____ _____ года рождения именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе.

1.1. Юридический адрес: 301360, Тульская обл., г. Алексин, ш. Генерала Короткова, д.3; тел: 8(48753) 6-66-26
1.2. Основной государственный регистрационный номер 1127154030585/ИНН 7111504609
1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-71-01-001857 от 22.12.2017г. выдана Министерством здравоохранения Тульской области. Срок действия – бессрочно.
1.4. Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, рентгенологии, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии общей практики.

2. Предмет договора.

2.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказывать стоматологические услуги Потребителю, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора.
2.2. Перечень оказываемых стоматологических услуг в каждом конкретном случае, определяется лечащим врачом и согласовывается с Потребителем.

3. Обязательства сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:
3.1.1. Провести качественное обследование полости рта Потребителя, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.
3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии полости рта;
- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временного дискомфорта, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя, а также общим состоянием его здоровья;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показания (противопоказания) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
3.1.3. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (терапия; хирургия; ортопедия; и др.).
3.1.4. По требованию Потребителя составить смету (план лечения) на предоставления платных услуг, с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и стоимости, при этом она будет являться неотъемлемой частью договора. (Приложение №1).
3.1.5. Определить для Потребителя гарантии на оказываемые услуги, объяснив: обстоятельства, которые позволяют их установить и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства.
3.1.6. Обеспечить качество стоматологических услуг в соответствии со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с применением высококачественных инструментов и материалов, с использованием современных технологий лечения.
3.1.7. Выполнить услуги в сроки, согласованные с Потребителем (при условии соблюдения им сроков явки на приемы).
3.1.8. Информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
3.1.9. Информировать Потребителя о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо лица, в интересах которого заключен настоящий Договор) в том числе, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях и об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
3.2.2. Выполнять все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.
3.2.3. Соблюдать режим лечения и Правила поведения пациентов в медицинских организациях. 3.2.4 Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.
3.2.5. Удостоверить личной подписью информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства (если нет мотивов его не подписывать).
3.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.
3.2.7. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.
3.2.8 Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

4. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты.

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и указывается в Акте выполненных услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
4.2. Оплата услуг производится Потребителем по завершению каждого приема одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя.
4.3. Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату представленных медицинских услуг.
4.4. При выполнении ортопедических работ, с согласия Потребителя, вносится предоплата не менее 30% от стоимости протезирования сразу после снятия оттисков. Оставшаяся сумма выплачивается по договоренности с Исполнителем, но не позднее дня установки ортопедической конструкции.

5. Гарантийные обязательства.

5.1. Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на стоматологические услуги, основываясь на утвержденном в клинике «Положении о гарантиях», и разработанных в соответствии с законодательством РФ.
5.2. Исполнитель оставляет за собой право увеличить или уменьшить гарантийные сроки и сроки службы в зависимости от объема выполненного рекомендованного плана лечения, состояние общего здоровья и возраста Потребителя, а также клинической ситуации полости рта. Об изменениях в гарантийных сроках Потребителю сообщает лечащий врач.

6. Ответственность сторон.

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель и Потребитель несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
6.2. В случае если Потребитель не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию необходимую для качественного выполнения стоматологических услуг Исполнителем. Исполнитель не несет ответственность за наступление возможных осложнений. 6.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Потребителя от предоставляемых услуг, в том числе и в случае, если данные осложнения явились последствием данного отказа.
6.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков они подлежат возмещению в полном объеме в соответствии со ст.13 Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-I «О защите прав потребителя».
6.5. Требования Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течении десяти дней со дня его предъявления.
6.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

7. Дополнительные условия.

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения всех его условий.
7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.
7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
7.4. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по обоюдному согласию Сторон, по инициативе Потребителя, путем направления письменного предложения о расторжении Договора.
7.5. По письменному заявлению Потребителя в течении семи рабочих дней предоставляются выписки из медицинских документов или копии медицинских документов.
7.6. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Потребителем по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами разрешается путем переговоров, а при необходимости—экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники.
7.7. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.
7.8. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Реквизиты и подписи сторон:

«Исполнитель»	**«Потребитель»**
ООО «Стоматолог и Я» Тульская область, г. Алексин, ш. Генерала Короткова, д.3 ИНН/КПП 7111504609/711101001 р/с № 40702810415450005217 ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» БАНКА ВТБ (ПАО) БИК 044525411 к/с 30101810145250000411 e-mail: aleksin-stomatolog@mail.ruтел. 8(48753) 66626 Генеральный директор _____/Д.Л. Перерва/	**Ф.И.О.**_____ _____ **Адрес** _____ _____ **паспорт: серия _____ № _____ от**_____ **выдан**_____ _____ _____ **код подразделения**__ **Тел.:**_____ **гр.**_____/_____