Договор на оказание платных медицинских услуг

г.Нижний Тагил «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Вита Дент»** (ОРГН 1076623008076, ИНН/КПП 6623044409/662301001,свидетельство о государственной регистрации юридического лица серии 66 № 007339821, выдано 20 мая 2013 Межрайонной инспекцией федеральной налоговой службы № 16 по Свердловской области, в лице директора Рыбалкиной Ларисы Александровны, действующей на основании Устава, и

(Ф.И.О.)

в дальнейшем именуемый Заказчик или Пациент, с другой стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

**1.1.** Исполнитель в период времени, согласованный сторонами, обязуется оказать Заказчику (Пациенту) медицинские стоматологические услуги на возмездной (платной) основе, в соответствии с Лицензией № ЛО-66-01-004629 от 18 апреля 2017г. на осуществление медицинской деятельности (работы, услуги), выполняемые при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гигиене в стоматологии; дезинфектологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (серия Н 0005415 и приложение № 1 серия Н 0034446), а Заказчик (Пациент) дает информированное согласие врачу на стоматологическое вмешательство и обязуется оплатить эти услуги.

1.2. ***Срок оказания медицинских услуг*** зависит от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Заказчика (Пациента) и не может быть заранее определен в момент подписания Сторонами настоящего договора.Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором с момента его подписания, и ***завершает их оказание в срок предусмотренный планом лечения (Приложение №1)*** который согласовывается с Заказчиком (Пациентом).

1**.**3. Виды диагностического обследования и лечения могут рекомендоваться каждому Заказчику (Пациенту) индивидуально в соответствии с перечнем предоставляемых услуг по стоматологическому лечению и действующим прейскурантом Исполнителя.

1.4. Исполнитель оказывает услуги Заказчику (Пациенту) в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Заказчика (Пациента) на момент заключения данного договора.

1.5. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Заказчика (Пациента) в иную специализированную медицинскую организацию. При этом все расходы по медицинским услугам Заказчик (Пациент) осуществляет по расценкам специализированной медицинской организации.

2. Права и обязанности сторон

2.1 Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Заказчика (Пациента), в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечений, гигиены профилактической.

2.1.2. Предоставить Заказчику (Пациенту) полную и достоверную информацию: о состоянии полости рта; о сущности рекомендуемых в его случае методик терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечений и гигиены профилактической, медикаментов, материалов; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечений, гигиены профилактической и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика (Пациента), а так же общим состоянием его здоровья.

2.1.3. Предложить Заказчику (Пациенту) ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (терапевтическое, эндодонтическое, хирургическое, ортопедическое, ортодонтическое лечение, гигиена профилактическая).

2.1.4. Составить и согласовать с Заказчиком (Пациентом) выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности и сроков их исполнения.

2.1.5. Информировать Заказчика (Пациента) о стоимости услуг до начала их оказания:

- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;

- или назвать предварительную сумму, когда объем работы можно определить только в процессе лечения.

2.1.6. Обеспечить качество стоматологических услуг в соответствии с медицинскими показаниями; с применением высококачественных инструментов и материалов; с предоставлением высокого уровня обслуживания.

2.1.7. Выполнить работы в сроки, согласованные с пациентом (при условии соблюдения Заказчиком (Пациентом) сроков явки на приемы)).

2.1.8. Информировать Заказчика (Пациента) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.9.Отразить в медицинской карте стоматологического больного данные о результатах обследования Заказчика (Пациента), диагноз, лечение.

2.1.10. Осуществлять лечение в соответствии с принципами медицинской этики и диагностики, хранить врачебную тайну.

**2.**2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Самостоятельно решать все вопросы, связанные с техникой терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического лечения, гигиены профилактической, методом анестезии, подборами медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического лечения, гигиены профилактической Заказчика (Пациента) в согласованное с Заказчиком (Пациентом) время лечащий врач проводит осмотр Заказчика (Пациента) для установления предварительного диагноза, требуемой медицинской услуги и ее объёма. При проведении осмотра может возникнуть необходимость дополнительных (специализированных) методов обследования путем проведения рентгеновских и других необходимых диагностических мероприятий. Рентгеновские снимки являются неотъемлемой частью медицинской карты. Медицинская карта ведется лечащим врачом и хранится только у Исполнителя,

2.2.2. Отменить лечебное мероприятие, в том числе - в день процедуры, в случае обнаружения у пациента противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма;

2.2.3. При грубых нарушениях Заказчиком (Пациентом) врачебных назначений, некорректном поведении Заказчика (Пациента) по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке в клинику в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения - отказать Заказчику (Пациенту) в приеме как в день, назначенный для проведения процедуры, так и впредь, за исключением ситуаций, требующих экстренного врачебного вмешательства.

2.2.4. В случае уважительной причины провести замену лечащего врача по согласованию с Заказчиком (Пациентом).

2.2.5. При опоздании Заказчика (Пациента) на прием более чем на 15 минут от назначенного Исполнителем времени, перенести его на другой (новый) срок, согласованный с Заказчиком (Пациентом);

2.2.6. При изменении клинической ситуации заново скорректировать (внеся изменения) с согласия Заказчика (Пациента) план или (и) сроки терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического лечения, гигиены профилактической, а в случае несогласия Заказчика (Пациента) с предложенными изменениями расторгнуть Договор. В этом случае Заказчик (Пациент) в полном объеме оплачивает оказанные ему на данный момент услуги и выполненные работы.

2.3. Исполнитель обязуется исправить за свой счет существенные недостатки, возникшие в пределах установленных Исполнителем сроков службы (гарантийные сроки).

2.4. Заказчик (Пациент) обязуется:

2.4.1. Полностью и своевременно оплатить оказанные медицинские стоматологические услуги в соответствии с п. 3 настоящего Договора;

2.4.2. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на определенное медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных (без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Заказчику (Пациенту) по настоящему договору не возможно).

2.4.3. Достоверно и в полном объеме сообщать всю информацию о здоровье, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, о наличии у него ВИЧ- инфекции и перенесенном гепатите, известных ему противопоказаниях к применению каких- либо лекарств или препаратов и другие сведения, касающиеся личности Заказчика (Пациента), которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг, как при заполнении медицинской карты стоматологического больного, так и в ходе лечения в случае изменения состояния здоровья.

2.4.4. Своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа времени приема.

2.4.5. Выполнять все рекомендации и предписания врачей для качественного предоставления медицинских услуг;

2.4.6. Следовать согласованному с лечащим врачом плану лечения, соблюдать сроки обращения к Исполнителю для продолжения лечения и профилактических осмотров.

2.4.7. Хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон и экземпляр Договора.

2.4.8. Полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика (Пациента).

2.4.9. В случае возникновения у Заказчика (Пациента) осложнений или каких-либо недостатков после оказания медицинской помощи немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. В противном случае Исполнитель не несет ответственности за оказанные им услуги, и случай признаётся не гарантийным.

2.5. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.5.1. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

2.5.3. В любое время отказаться от лечения, при этом полностью оплатить оказанные услуги. В этом случае Заказчик (Пациент) не вправе предъявлять  претензии по качеству незавершенного лечения.

2.5.4. Получить у Исполнителя медицинскую документацию по результатам обследования терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечения гарантийный талон и список рекомендаций;

2.5.5. Требовать от Исполнителя предъявления Лицензии, Прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов;

* + 1. Выбрать цвет будущего протеза (пломбы);

3. Порядок расчетов сторон

3.1. Цена работы определяется врачами исполнителя при планировании терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечения, гигиены профилактической в соответствии с Прейскурантом, установленным Исполнителем. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

3.2.Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о цене работы до ее начала, не исключая возможность корректировки цены работы в процессе терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечения, гигиены профилактической.

3.3.В случае, когда работа, по желанию Заказчика (Пациента), выполняется в ускоренном порядке, вне рабочего графика Исполнителя, с Заказчика (Пациента) дополнительно взимается оплата сверхурочных работ в размере от 50 % до 100 % от базовой (прейскурантной) цены работы, по согласованию сторон.

3.4. Перед началом ортопедического лечения с Заказчика (Пациента) взимается аванс в размере не менее 50% от общей цены работы. В случае отказа Заказчика (Пациента) в ходе работы от ортопедического лечения, внесенный аванс не возвращается.

3.5.В случае невозможности исполнения услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик (Пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.6.При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки и др.), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Заказчика (Пациента), оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика (Пациента) в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

3.7.Дополнительные услуги оплачиваются в день оказания таких услуг, после чего Сторонами подписывается Акт выполненных работ.

3.8.Оплата производится только в рублях, в наличной или безналичной форме.

3.9.По всем гарантийным случаям работы выполняются бесплатно.

4. Ответственность сторон

4.1.Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм, предусмотренных для использования медицинского оборудования, санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики, ведения медицинской документации.

4.2.В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных Договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

4.3.В случаях, предусмотренных п. 2.2.6. Договора (изменение плана лечения), Заказчик (Пациент) оплачивает все дополнительные действия Исполнителя.

4.4.Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком (Пациентом) в случае:

* если восстановленный зуб с удаленным «нервом» (депульпированный) не закрывается коронкой (если это требуется) в течение двух и более месяцев с момента окончания лечения;
* невыполнения Заказчиком (Пациентом) каких-либо требований и указаний Исполнителя, не противоречащих Договору;

- возникновения у Заказчика (Пациента) в процессе терапевтического, эндодонтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического лечения, гигиены профилактической или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий: рецидивы периодонтитов, повышение или снижение чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленное заживление ран, отек тканей, болевые ощущения, аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.

4.5. Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) гарантию на все виды работ, за исключением,   
консервативного лечения периодонтитов, хронических заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах.

4.6.Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:

- прохождение Заказчиком (Пациентом) бесплатных профилактических осмотров у исполнителя раз в полгода;

- соблюдение Заказчиком (Пациентом) гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача;

- проведение коррекции ортопедической работы (протезы) и терапевтической работы (пломбы), выполненной Исполнителем, только в его клинике;

- обращение в клинику Исполнителя, в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;

- предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения Заказчика (Пациента) к ним за неотложной стоматологической помощью;

- гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если Заказчик (Пациент) выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.

4.7. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

4.8. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются, в случае выявления или возникновения у Заказчика (Пациента) в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

**5. Порядок разрешения споров и ответственность:**

5.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком (Пациентом) по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается директором ООО «Вита Дент». В случае недостижения сторонами согласия спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями или экспертами в соответствии с требованиями ФЗ «О защите прав потребителя».

5.2.Претензии Заказчика (Пациента) составляются письменно и рассматриваются в течение 10 дней.

5.3. Исполнитель несет ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору при наличии своей вины.

5.4. Заказчик (Пациент) несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

5.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

6. Прочие условия

6.1.Договор может быть изменен, пролонгирован или досрочно расторгнут по соглашению сторон. Во всем, что не предусмотрено Договором, стороны руководствуются действующим законодательством России. Изменение (дополнение) настоящего договора возможно по обоюдному согласию Сторон с обязательным подписанием бумажной формы документа.

6.2.Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- амбулаторная карта Заказчика (Пациента) (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике); выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика (Пациента) или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство и на обработку персональных данных (хранится в клинике);

- рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области Заказчика (Пациента), выполненные Исполнителем (хранятся в клинике в амбулаторной карте Заказчика (Пациента)).

6.3.Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному с каждой стороны. Каждый экземпляр Договора скреплен подписями сторон.

**7. Обстоятельства непреодолимой силы**

7.1. При выполнении условий настоящего договора Заказчик (Пациент) и стоматологическая клиника

«Вита Дент» считают себя обязанными учитывать такие обстоятельства, о которых Стороны не знали и

не могли их заранее предвидеть, а именно: ухудшение здоровья Заказчика (Пациента), лечащего врача

или зубного техника, отключение электроэнергии, отопления, водоснабжения, пожар, действие или

бездействие органов власти и т.д. При наступлении данных обстоятельств, стороны обязуются

проинформировать друг друга. Обязательства сторон соразмерно отодвигаются на время действия

данных обстоятельств.

**8. Срок действия договора**

8.1.Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного и надлежащего его выполнения сторонами, или расторжения договора по причинам определенным законодательством РФ или настоящим договором.

9. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель Пациент

ООО «Вита Дент» Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юр.адрес: г. Нижний Тагил, 622018, ул. Юности 43

Факт.адрес: г.Нижний Тагил, 622018, ул. Юности, 43 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. 8 (3435)35-22-11 Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП 6623044409/662301001 Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1076623008076 Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/счет 40702810462480000328 (кем, когда)

ОАО «УБРиР , г. Екатеринбург» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 046577795

ИНН 6608008004 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ООО «Вита Дент» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Л.А.Рыбалкина Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.