

Я, _____, в доступной форме до заключения договора получила следующую информацию:
- Информирован/на о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя медицинского работника, предоставляющего 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 пациента.

Подпись _____

ДОГОВОР на оказание платных стоматологических услуг

_____. _____. 20__ г.

ООО «ФеерияДент» (адрес места нахождения: 301600, Тульская обл., Узловский м.р-н, г. Узловая, ул. Октябрьская, д. 14, кв. 37, место оказания медицинских услуг: 301663, Тульская обл., г. Новомосковск, ул. Донская, д. 6А, корпус 1, помещ.2), ОГРН 1217100012051, ИНН 7100012193, КПП 710001001, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01187-71/00001793 от 11.03.2022 срок действия: бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Тульской области, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **Генерального директора Куликовой Ирины Александровны**, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

гражданин РФ _____, проживающий по адресу _____, иные адреса: _____, документ, удостоверяющий личность: _____,

телефон: _____, именуемый в дальнейшем Потребитель, (далее заполняется, если оплату производит не Потребитель) в лице законного представителя _____, проживающего по адресу _____ документ, удостоверяющий личность: _____ телефон: _____, именуемого в дальнейшем Заказчик заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику на платной основе медицинские стоматологические услуги (далее «услуги»/«лечение»), указанные в Приложениях (**перечень платных медицинских услуг**), в соответствии с порядками оказания медицинской стоматологической помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний, и разрешенные на территории РФ, руководствуясь законодательством РФ, установленными у Исполнителя правилами оказания платных медицинских стоматологических услуг, в согласованном с Заказчиком объеме, а Заказчик своевременно оплачивает их по действующему на дату оказания услуги Прейскуранту Исполнителя, выполняет рекомендации Исполнителя (лечащего врача), направленные на обеспечение качества предоставляемых услуг.

1.2. При заключении договора Исполнителем Заказчику в доступной форме была предоставлена информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы ОМС;
- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.3. Исполнитель уведомил Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Срок выполнения услуг по ортопедической стоматологии - 45 дней. Срок выполнения услуг по терапевтической, хирургической стоматологии и прочим видам услуг - 1 день.

2.2. Заказчик вправе после исполнения договора получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения услуг по договору, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы согласно требованиям действующего законодательства РФ.

2.3. Срок ожидания услуги: планово, согласно предварительной записи.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Общая стоимость услуг, оказанных по договору, отражается в Приложениях (**перечень платных медицинских услуг**).

3.2. Оплата услуг по настоящему договору производится в соответствии с действующим на момент оказания услуг прейскурантом Исполнителя, размещенном в доступном для обозрения месте, путем внесения денежных средств в соответствии с действующим законодательством.

3.3. При оказании ортопедических услуг и операции имплантации Заказчик вносит предварительную оплату (аванс) не менее 10% от общей стоимости услуг по договору. Окончательная оплата за любые оказанные услуги осуществляется не позднее даты завершения оказания стоматологических услуг по данному договору.

4. Обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Обеспечить исполнение услуг надлежащего качества (лечения) во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями.

4.1.2. Соблюдать конфиденциальность персональных данных Заказчика в рамках законодательства РФ, принципы врачебной этики и деонтологии, соблюдать врачебную тайну.

4.1.3. После оплаты услуг выдать Заказчику в соответствии с законодательством РФ документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных стоматологических услуг.

4.2. Заказчик обязуется:

4.2.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию о состоянии своего здоровья. Заполнить документы, необходимые для получения медицинской помощи у Исполнителя (информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных, анкету здоровья и др.) и подтвердить собственную ответственность за достоверность информации письменно, по установленной у Исполнителя форме.

4.2.2. Ознакомиться с предварительным планом лечения, соблюдать план лечения, являться на лечение и назначенные профилактические осмотры в согласованное с врачом время, а в случае невозможности планового посещения лечащего врача, извещать об этом за один рабочий день до даты приема.

4.2.3. Своевременно оплачивать стоимость оказанных услуг, согласно Разделу 3 настоящего Договора и действующего прейскуранта Исполнителя.

4.2.4. Заботиться о сохранении своего здоровья, неукоснительно и добросовестно выполнять все назначения, предписания и рекомендации специалистов исполнителя, оказывающих медицинскую помощь; режим лечения. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии своего здоровья, любых осложнениях и отклонениях, возникших в процессе лечения.

5. Гарантийные обязательства

5.1. Срок гарантийных обязательств на оказанные Исполнителем стоматологические услуги составляет 1 год со дня окончания оказания услуг. В особых случаях срок гарантийных обязательств указывается ниже.

5.2. Сроки гарантийных обязательств и сроки службы на отдельные виды услуг ввиду их специфики установить не представляется возможным.

5.3. Возможный дискомфорт, вызванный спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, который проходит в течение разумного срока и о которых Заказчик был заранее предупрежден специалистом, а также обострение имевшихся до вмешательства патологических состояний и хронических заболеваний (например, патологии височно-нижнечелюстного сустава), не являются показателем плохого качества услуг и основанием для претензий к Исполнителю.

После окончания оказания услуги замечания по вышеуказанным причинам, не являются показателем плохого качества услуг и основанием для претензий к Исполнителю.

6. Ответственность сторон

6.1. Исполнитель несет ответственность за ненадлежащее качество оказываемых стоматологических услуг, в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии своей вины.

6.2. Заказчик несет ответственность за ненадлежащее исполнение своих обязательств в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

6.3. Ответственность сторон, не предусмотренная в настоящем договоре, определяется в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

7.Срок действия договора и заключительные положения

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон.

7.2. Все претензии и споры, возникшие по настоящему Договору, разрешаются сторонами путем переговоров. При невозможности достигнуть согласия путем переговоров Стороны разрешают споры в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего Договора допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи) Исполнителя, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего Договор лица.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель

Заказчик

Генеральный директор:

Адрес: _____

Паспорт: _____

_____/И.А. Куликова

_____/_____/_____

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Новомосковск

«___»_____ 202__ г.

№ п/ п	Наименование услуги	Цена	Количество	Стоимость услуги, рублей
Итого:				

Услуга (-и) оказываются в день подписания настоящего Приложения.

Медицинский работник, оказывающий услугу: _____

Исполнитель

ООО «ФеерияДент»

Генеральный директор:

Потребитель (Заказчик)

ФИО Заказчика: _____

_____/ И.А. Куликова
подпись

_____/ _____
подпись ФИО

АКТ

сдачи-приемки медицинских услуг

г. Новомосковск

«___»_____ 202__ г.

ООО «ФеерияДент», в лице Генерального директора Куликовой Ирины Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель** с одной стороны, и гражданин РФ _____, именуемый в дальнейшем **Потребитель**, (далее заполняется, если оплату производит не **Потребитель**) в лице законного представителя _____, именуемого в дальнейшем **Заказчик**, совместно именуемые Стороны заключили настоящий Акт о нижеследующем:

Вышеперечисленные услуги (ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ) оказаны полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель

ООО «ФеерияДент»

Генеральный директор:

Потребитель (Заказчик)

ФИО Заказчика: _____

_____/ И.А. Куликова
подпись

_____/ _____
подпись ФИО