Договор
на оказание платных стоматологических услуг

п.г.т. Березовка «__»_____20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Доверие», в лице директора Фоминой Лилии Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, _____именуемый (ая) в дальнейшем именуемый «Потребитель», с другой стороны, а далее именуемые как «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1.Исполнитель обязуется по желанию Потребителя оказать последнему медицинские услуги, согласно Перечню медицинских услуг (Приложение №1), согласованному с Потребителем, а Потребитель принимает на себя обязательства по оплате оказанных услуг.

1.2.Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией серия Л041-01019-24/00348679 , выданной 15 апреля 2020 года Министерством здравоохранения Красноярского края, расположенного по адресу: г. Красноярск, ул. Красной Армии, д.3, тел. (391) 2-22-03-78; (391)2-22-03-37; (391) 2-11-51-51.

1.3.Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его в доступной форме 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.

1.4.Подписав настоящий договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5.При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, информация о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации).

1.6. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: от одного до четырнадцати рабочих дней;

2. Порядок оказания стоматологической услуги

2.1.Стоматологичекие услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя.

2.2.Предоставление стоматологических услуг Потребителю происходит в порядке предварительной записи, в согласованное время. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи без предварительной записи и вне установленное время, время приема Потребителя может быть изменено.

2.3 После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1.Оказать Потребителю качественные платные стоматологические услуги.

3.1.2.Оказывать стоматологические услуги с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.3.Предупредить Потребителя о противопоказаниях и возможных осложнениях.

3.1.4.Исполнитель информирует Потребителя о требованиях, назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Потребителю.

3.1.5.Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления стоматологических услуг по настоящему договору.

3.1.6.Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке и обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией и выдать копии медицинских документов.

3.1.7.Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания платных стоматологических услуг по настоящему договору при выявлении противопоказаний.

3.1.8.Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые стоматологические услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя.

3.1.9.Исполнитель обязуется без согласия Потребителя не разглашать сведения, составляющих врачебную тайну и персональные данные Потребителя, за исключением случае, предусмотренных Законодательством РФ.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1.Оплатить предоставленные Исполнителем стоматологические услуги, перечень которых указан в Приложении №1, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, предусмотренном настоящим договором.

3.2.2.Предоставить Исполнителю (врачам) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3.Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации лечащего врача, специалистов и медицинского персонала, оказывающих стоматологические услуги по настоящему договору.

3.2.4.При предоставлении стоматологических услуг сообщать Исполнителю (врачу, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.5. Приходить на прием в строго назначенное время.

3.3 Потребитель имеет право:

3.3.1.Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.3.2. Выбирать время приема у врача.

3.3.3. Получить выписки из медицинских документов, копии медицинских документов.

3.3.4.В любое время, в одностороннем порядке, отказаться в письменной форме от получения стоматологической услуги, а также расторгнуть договор, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае Потребитель не вправе предъявлять претензии по качеству незавершенного лечения.

3.3.5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4. Исполнитель вправе:

3.4.1.Отсрочить оказание стоматологической услуги Потребителю, в случае возникновения ситуации, связанной со здоровьем Потребителя, которая препятствует, является противопоказанием для проведения медицинского вмешательства.

3.4.2.Требовать от Потребителя своевременной оплаты оказываемых услуг.

3.4.3.При несоблюдении Потребителем предписаний лечащего врача Исполнитель вправе отказаться от дальнейшего исполнения договора.

4. Стоимость стоматологических услуг и порядок оплаты

4.1.Потребитель оплачивает услуги в порядке 100% предоплаты в день получения стоматологической услуги, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету в рублях РФ.

4.2.Датой оплаты, считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.3.В подтверждение оплаты выдается кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

5. Ответственность сторон

5.1.Исполнитель гарантирует качественное оказание стоматологической услуги, а именно – выполнение составляющих услуги действий по методикам и стандартам, соответствующим обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования, помещений.

5.2.Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества стоматологической услуги, если они оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.3.Исполнитель не несет ответственности за возникновение аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ, а так же за возникновение осложнений при оказании стоматологических услуг (лечение зубов и т.д.) которые ранее имели медицинское вмешательство в других учреждениях.

5.4.Гарантийный срок, в течение которого претензия Потребителя устраняется за счет Исполнителя, в соответствии с Положением о гарантийном сроке оказанных платных стоматологических услуг составляет (нужное отметить V в остальных поставить прочерк):

- o 1,5 месяца;
- o 3 месяца;
- o 6 месяцев;
- o 9 месяцев;
- o 12 месяцев;
- o 18 месяцев;

иное:_____

5.5.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.6.В случае просрочки Потребителем оплаты оказанных услуг, предусмотренных настоящим договором, подлежит уплата пени в размере 0,1% от общей стоимости оказанной услуги, за каждый календарный день просрочки начиная со дня, следующего после истечения установленного настоящим договором срока исполнения обязательства до фактической оплаты.

5.7.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

5.8.Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

6. Дополнительные условия

6.1.**Подписанием настоящего договора Потребитель дает согласие на обработку персональных данных полученных Исполнителем при выполнении условий настоящего договора, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 года.**

6.2.Предоставляя электронный адрес, даю согласие на получение адресных рассылок по электронной почте.

7. Заключительные положения

7.1.Договор на оказание стоматологических услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.2.Все споры, вытекающие из настоящего договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров, с соблюдением претензионного порядка, срок рассмотрения претензии в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента ее получения Стороной. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

7.3.Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему договору.

7.4.Документы для предоставления налогового вычета в соответствии со ст. 219 НК РФ можно получить не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней после оплаты стоматологических услуг.

7.5.Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.6. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и заключен на неопределённый срок.

7.7.Приложением к настоящему договору является перечень стоматологических услуг (Приложение №1), Акт оказанных платных стоматологических услуг (Приложение №2).

8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: ООО «Доверие» ИНН 2404018737 КПП 240401001 ОГРН 1162468091895 Юридический адрес: 662520, Красноярский край, Березовский район, пгт. Березовка, Центральная, дом № 49, пом.75 ФИЛИАЛ "АТБ" (ОАО) В Г.УЛАН-УДЭ БИК 048142744 корр/с 301 018 108 000 000 006 27 р/с 407 028 109 310 000 067 36 Директор _____Л.Е. Фомина М.П.	**Потребитель:** Ф.И.О._____ Проживающий (ая) по адресу:_____ _____ _____ Документ, удостоверяющий личность:_____ №_____ Выдан_____ _____ Конт.телефон:_____ Адрес E-mail:_____ Договор прочитан мною лично, условия договора и приложения к нему мне разъяснены и понятны _____ /_____/ (подпись)

Приложение №1

Перечень
оказываемых платных стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с Договором
№_____от_____ 2023 г.
(заполняется в соответствии с утвержденным прейскурантом)

№ п/п	Дата	Наименование платной стоматологической услуги	Стоимость	Подпись Потребителя

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(_____ года рождения), проживающий (ая) по адресу: _____,

Информирован(а) врачом _____о состоянии моего здоровья на момент моего обращения за стоматологической помощью.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортопедического).

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснен в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения мне объяснены, обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлости, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и я понял, что существует вероятность того, что во время осуществления основного лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу пародонтологу, ортопеду и т.д..) и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться и визитов в указанные сроки.

Я получил полную информацию о стоимости моего лечения (протезирования), согласен с тем, что в процессе моего лечения (протезирования), могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью лечения(протезирования) моих зубов. Настоящим я даю согласие на осуществление местной анестезией и это после того, что мне ясны и понятны риски и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта.

Я обязуюсь, что в течение данного гарантийного срока, буду являться для профилактического осмотра и проверки гигиенического состояния полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев.

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. Потребителя)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. врача)

«____» _____2023 г.

Приложение №2

АКТ
оказанных платных стоматологических услуг
к договору от «___» _____2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Доверие», в лице директора Фоминой Лилии Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, в дальнейшем именуемый «Потребитель», с другой стороны, а далее именуемые как «Стороны» подписали настоящий Акт о нижеследующем:

1. По договору были оказаны платные стоматологические услуги, а именно:

№ п/п	Дата	Наименование платной стоматологической услуги	Стоимость

2. Услуги оказаны надлежащего качества в установленные сроки и в полном объеме.
3. Примечание: _____
_____
4. Потребитель замечаний и претензий по получению платных стоматологических услуг по договору не имеет.

Подписи Сторон

Исполнитель: ООО «Доверие» ИНН 2404018737 КПП 240401001 ОГРН 1162468091895 Директор _____Л.Е. Фомина М.П.	**Потребитель:** Ф.И.О._____ _____ /_____/ (подпись)