

ДОГОВОР

оказания платных медицинских услуг

« _____ » _____ 20__ г.

г. Кемерово

Медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника фирма «Улыбка» именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Третьякова Сергея Петровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия, имя и отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Потребитель**», либо в случаях, установленных законодательством РФ, законный представитель «Потребителя»,

(Фамилия, имя и отчество)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «**Стороны**», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ.

- 1.1. Наименование - Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника фирма «Улыбка».
 - 1.2. Адрес места нахождения - г. Кемерово, пр-т Ленина, д.60.
 - 1.3. Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 05.06.2003 г., выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Кемерово Кемеровской области, ОГРН № 1034205046567.
 - 1.4. Медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии № ЛО-42-01-003710, от 09 июня 2015 г., выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области, (адрес Управления: 650056, г. Кемерово, пр. Ленина, 121Б, тел.: (83842)54-69-62 факс: 54-38-98).
- Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя и находится в доступной форме на информационном стенде Исполнителя.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

- 2.1. **Исполнитель** принимает на себя обязательства силами врачей-специалистов и специалистов оказывать **Потребителю (Заказчику)** платные медицинские услуги как в виде медицинских стоматологических вмешательств, так и в виде отдельных консультаций, манипуляций, процедур, обследований, на основании полученной **Исполнителем** в установленном порядке лицензии на осуществление медицинской деятельности, именуемые в дальнейшем Услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а **Потребитель (Заказчик)** обязуется оплатить их в порядке, установленном настоящим Договором, и размере согласно Прейскуранту цен.
Под платными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств пациентов или иных средств на основании договоров.
- 2.2. При заключении Договора по требованию **Потребителя (Заказчика)** им предоставляется в доступной форме информация о возможности получения платных медицинских услуг, содержащая следующие сведения:
 - порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

- 3.1. Объем, вид, сроки и стоимость Услуг (смета) по исполнению настоящего Договора указываются по требованию **Потребителя (Заказчика)** в Дополнительном соглашении к договору (Приложение №1), являющемся в дальнейшем его неотъемлемой частью (далее по тексту - Приложения).
- 3.2. Оплата Услуг может производиться путем авансирования и окончательного расчета непосредственно в день оказания такой услуги, согласно Прейскуранту цен в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.
Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя**, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.
- 3.3. При возникновении необходимости в дополнительных методах обследования и лечения после оказания Услуг вне зависимости от уже проведенных врачебных манипуляций за рамками согласованного при подписании настоящего Договора плана лечения объем и стоимость Услуг могут быть изменены **Исполнителем** с согласия **Потребителя (Заказчика)** с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления **Потребителя** (законного представителя Потребителя) и согласия **Заказчика** приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

4.2. Медицинские услуги оказываются **Исполнителем** в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. **Исполнителем** после исполнения Договора по требованию **Потребителя** выдаются **Потребителю** (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

Фотографии и рентгеновские снимки, выполненные в клинике, являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного и остаются в собственности клиники.

4.4. **Необходимым условием исполнения Договора является информированное добровольное согласие Потребителя (Заказчика) на медицинское вмешательство, обработку персональных данных, подтвержденное личной подписью Потребителя (Заказчика).**

4.5. **Стороны** договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что **Исполнитель** достаточно и в доступной форме предоставил **Потребителю (Заказчику)** информацию, указанную в п.п.5.1.1. настоящего Договора, а также является выражением добровольного информированного согласия Потребителя на предложенное медицинское (стоматологическое) вмешательство и услуги согласно настоящему договору в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.6. **Стороны** договорились, что **Потребитель (Заказчик)** подписанием настоящего Договора дает исполнителю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение его персональных данных, передачу их третьим лицам в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных», иными федеральными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок информационного обмена.

4.7. **Стороны** договорились что **Потребитель (Заказчик)** подписанием настоящего Договора готов удостоверить личной подписью в учетно-регистрационной документации:

- сообщенные сведения о состоянии здоровья в «Анкете здоровья»;

- факт ознакомления и согласия с намеченным к выполнению планом лечения и его стоимостью.

4.8. **Стороны** договорились, что **Потребитель (Заказчик)** подписанием настоящего Договора дает исполнителю согласие на видеосъемку в холле и медицинских кабинетах клиники в целях обеспечения безопасности, гарантированности сохранности имущества, предотвращения возможных преступлений.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Информировать **Потребителя (Заказчика)** о состоянии его (пациента) здоровья, о способах, целях и характере предлагаемого медицинского (стоматологического) вмешательства, об его основных преимуществах и недостатках, о возможных связанных с ним осложнениях, последствиях отказа от него, а также о существовании альтернативных методов лечения.

5.1.2. Произвести необходимое обследование и предоставить качественные услуги в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

5.1.3. Информировать **Потребителя (Заказчика)** об уточнении диагноза в процессе лечения, увеличении объема работ и/или стоимости услуг по причинам, не зависящим от **Исполнителя**, с отражением возможных изменений в настоящем Договоре (с согласия **Потребителя (Заказчика)** на получение дополнительных услуг и их оплату).

5.1.4. Предоставить гарантию на оказанные услуги (при условии соблюдения **Потребителем** после окончания лечения рекомендаций лечащего врача), за исключением имплантации*, некоторых видов хирургических**, ортопедических работ***, лечения детей ****, сроком на 1 год с момента их оказания.

*В случае отторжения дентальных имплантатов в течение 6 месяцев с момента проведения операции на верхней челюсти и 3 месяцев на нижней гарантируется повторная однократная операция без оплаты со стороны Потребителя (Заказчика).

**Гарантия не распространяется на результат проведения костно-пластических операций (синус-лифтинг, увеличение объема альвеолярного гребня и др.).

***Гарантийный срок на временные пластмассовые коронки, мостовидные протезы, каппы, изготовленные лабораторным методом – 3 месяца. Гарантия не распространяется на фиксацию ортопедических конструкций и ремонт протезов, ранее изготовленных в других клиниках, или ремонт протезов по истечении гарантийного срока.

****Гарантия не распространяется на результат лечения осложненных форм кариеса (пульпита, периодонтита) временных («молочных») зубов, постоянных зубов с несформированными корнями, на случаи механических повреждений зубов, челюстей (травм) после проведенного лечения, а также на результат лечения временных («молочных») зубов с восстановлением коронковой части, разрушенной более чем на 1/3.

5.1.5. О лечении, проводящемся без гарантии, делается отметка в медицинской карте до начала лечения или в процессе лечения, если выявлены новые неблагоприятные факторы.

5.1.6. Гарантия прекращается при обращении **Потребителя** для окончания лечения, начатого у **Исполнителя**, или устранении недостатков проведенного у **Исполнителя** лечения в другую медицинскую организацию.

5.2. Исполнитель имеет право:

- 5.2.1. Направлять **Потребителя** для консультации и дальнейшего лечения к другим специалистам.
- 5.2.2. Приостановить лечение **Потребителя** либо отказаться от исполнения условий настоящего Договора в одностороннем порядке в случае наличия у **Потребителя (Заказчика)** финансовой задолженности перед **Исполнителем**.
- 5.2.3. В случае опоздания **Потребителя** к назначенному времени приема более чем на 15 минут **Исполнитель** вправе перенести прием на другое время.
- 5.2.4. **Исполнитель** вправе отказать **Потребителю (Заказчику)** в оказании услуг при наличии противопоказаний к желаемым **Потребителем (Заказчиком)** лечебно-диагностическим мероприятиям, невыполнении **Потребителем (Заказчиком)** рекомендаций **Исполнителя**, в случае отказа **Исполнителя (Заказчика)** от подписания настоящего Договора и/или других необходимых для его исполнения документов, а в случае нарушения **Потребителем (Заказчиком)** общественного порядка, при наличии явных признаков у **Потребителя (Заказчика)** опьянения различного генеза, финансовой задолженности перед **Исполнителем** – независимо от факта заключения настоящего договора.

5.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

- 5.3.1. Заботиться о сохранении своего здоровья. Информировать **Исполнителя** о состоянии своего (**Потребителя**) здоровья, перенесенных и сопутствующих заболеваниях, лекарственной непереносимости, вредных привычках путем дачи полных и достоверных ответов на вопросы, содержащиеся в медицинской карте. По требованию **Исполнителя** предоставить ему справки медицинских учреждений об имеющихся заболеваниях.
- 5.3.2. Являться (обеспечивать явку **Потребителя**) к лечащему врачу строго в назначенное время, а в случае неявки по уважительной причине - за 24 часа до назначенного времени приёма предупредить об этом **Исполнителя**.
- 5.3.3. Соблюдать (обеспечивать соблюдение **Потребителем**) все рекомендации лечащего врача.
- 5.3.4. Незамедлительно ставить в известность врачей **Исполнителя** о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 5.3.5. Обеспечить 100% оплату предоставленных **Исполнителем** услуг по исполнению настоящего Договора не позднее последнего дня их оказания.
- 5.3.6. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

5.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

- 5.4.1. На выбор врача, с учетом его согласия.
- 5.4.2. На отказ от исполнения настоящего Договора, подтвержденный личной подписью **Потребителя (Заказчика)** в пункте 7.7 настоящего Договора, при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 5.4.3. В случае выявления недостатков оказания услуг после их завершения и прекращения действия настоящего Договора предъявить свои претензии к **Исполнителю** в течение гарантийного срока.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА.

- 6.1. **Исполнитель** не несет ответственности перед **Потребителем (Заказчиком)** в случаях:
 - 6.1.1. Возникновения у **Потребителя** в процессе лечения или после его окончания осложнений (проявившихся, в том числе, по причинам несоблюдения **Потребителем** врачебных рекомендаций и/или прерывания лечения по инициативе **Потребителя (Заказчика)**, неявки **Потребителя** в предписанный лечащим врачом срок), не связанных с нарушением **Исполнителем** лечебных технологий (рецидивов хронических воспалительных заболеваний, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов, проявления аллергических реакций у **Потребителя**, не отмечавшего ранее таковых, и др.);
 - 6.1.2. Переделки и исправления работы самим **Потребителем** или другими лицами;
 - 6.1.3. Неисполнения **Потребителем** условий настоящего Договора.
- 6.2. В случае расторжения настоящего Договора по инициативе **Потребителя (Заказчика)** в одностороннем порядке оплате подлежит часть работ, выполненных до получения **Исполнителем** извещения об отказе **Потребителя (Заказчика)** от исполнения настоящего Договора.
- 6.3. В случае выявления и подтверждения факта некачественного оказания Услуг при условии соблюдения **Потребителем** всех рекомендаций лечащего врача устранение дефектов производится за счет **Исполнителя**, допустившего эти дефекты.
- 6.4. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору **Стороны** несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

- 7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны **Сторонами**.
- 7.2. **Потребитель (Заказчик)** имеет право расторгнуть в одностороннем порядке настоящий Договор и прекратить отношения с **Исполнителем** в любое время на условиях, оговоренных в п.5.4.2. настоящего Договора.
- 7.3. Отказ или уклонение **Пациента** следовать определенным настоящим Договором условиям, рекомендациям, связанным с лечебным процессом, **Исполнителя** равносителен одностороннему расторжению настоящего Договора по инициативе **Потребителя (Заказчика)**.
- 7.4. Неоплата **Услуги** (или ее части) расценивается **Сторонами** как одностороннее расторжение договора.

7.5. В случае отказа **Потребителя (Заказчика)** после заключения настоящего Договора от получения **Услуг**, указанных в **Приложениях** (либо в плане лечения), Договор расторгается. В случае отсутствия письменного отказа **Потребителя (Заказчика)** от исполнения условий настоящего Договора **Исполнитель** информирует **Потребителя (Заказчика)** о расторжении настоящего Договора по инициативе **Потребителя (Заказчика)**. При этом **Потребитель (Заказчик)** оплачивает **Исполнителю** фактически понесенные им (**Исполнителем**) расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.6. Прекращение и расторжение Договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

7.7. _____
(подпись Потребителя, на отказ от исполнения настоящего договора)

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных настоящим Договором, **Стороны** обсуждают их и принимают совместное решение.

8.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, **Стороны** обязуются по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия **Сторон** путем ведения переговоров спор разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания **Сторонами** и действует до окончания календарного года. В случае если Услуги, предусмотренные планом лечения, оказаны **Пациенту** не в полном объеме, действие Договора пролонгируется до завершения оказания **Исполнителем** **Услуг Пациенту** в полном объеме. При оказании разовой Услуги действие настоящего договора прекращается с окончанием оказания таковой.

8.4. Стороны устанавливают, что при подписании договора используется факсимильное воспроизведение подписи генерального директора Третьякова С.П., которая признаётся аналогом собственноручной подписи.

8.5. Настоящий договор составлен в двух имеющих одинаковую юридическую силу экземплярах, по одному для каждой из **Сторон**.

9. ПОДПИСИ СТОРОН:

Я, **Потребитель (Заказчик)** подтверждаю, что до заключения настоящего Договора **Исполнитель** уведомил меня 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 **Потребителя**.

Я, **Потребитель (Заказчик)** согласен(на) получать приглашения на профилактические осмотры и лечение, информацию о проводимых в клинике акциях:

путем SMS – сообщений на мой телефон номер (_____) _____
электронной почтой на мой e-mail: _____

Подпись Потребителя (Заказчика): _____

(подпись)

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«Стоматологическая клиника фирма «Улыбка»,
650060, г. Кемерово, пр-т Ленина 60-3
тел. регистратуры (3842) 523-522
8-901-616-19-19

ИНН/КПП 4205050627/420501001
Р/с 40702810700120001233
В КФ ОАО «МДМ Банк» г. Кемерово
к/с 30101810400000000784
БИК 043207784

Генеральный
директор

_____ Третьяков С.П.

м.п.

Потребитель (Заказчик):

ФИО _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____

Паспорт серия _____ № _____

Паспорт выдан _____

_____ (подпись)

Несовершеннолетний, не достигший 14 лет

_____ (Ф.И. ребенка, год рождения)

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет

_____ (Ф.И. представителя, подпись)

