Согласно п.15 Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

Я, до заключения договора уведомлен 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.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**ДОГОВОР №**

**на оказание платных стоматологических услуг**

город Таганрог Общество с ограниченной ответственностью «СОФИЯ», Свидетельство о государственной регистрации № 1176196040899 от 28 августа 2017 г., выдано ИФНС по городу Таганрогу Ростовской области, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Генерального директора Кудрявцевой Нины Николаевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин (Гражданка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. **Исполнитель**, действующий на основании лицензии № ЛО-61-006282 от 15 марта 2018 года, выданной Министерством Здравоохранения Ростовской области, расположенным по адресу г. Ростов-на-Дону, пр. 1-Конной Армии 33, телефон 8 (863) 242-30-96, на оказание медицинских услуг при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, принимает на себя обязательства оказать **Пациенту** платную стоматологическую помощь в соответствии с условиями, согласованными между сторонами.

1.2. **Пациент** обязуется своевременно оплатить согласованные с ним услуги.

**2. Права и обязанности сторон.**

**2.1.** **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Персональные данные, полученные на основании письменного согласия **Пациента** использовать при условии конфиденциальности и соблюдения врачебной тайны.

2.1.2.Провести комплексное обследование полости рта **Пациента**, а в случае необходимости предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, более точного и правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

2.1.3. **Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:**

* о состоянии полости рта,
* о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов,
* о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфорт, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.4. **Предложить пациенту ознакомиться c «Положением о гарантиях», с текстом согласия на обработку персональных данных и с информированным добровольным согласием на каждый вид планируемого медицинского вмешательства** (комплексное стоматологическое обследование, лечение кариеса; лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.) **и подписать эти документы.**

2.1.5. **Информировать пациента о рекомендуемом лечении, осуществление которого в максимальной степени устранит выявленные нарушения в полости рта.**

2.1.6. **Согласовать с Пациентом план** лечебных и профилактических процедур с указанием последовательности и сроков их исполнения, а также примерной стоимости.

2.1.7. **Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги**, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых **Исполнитель** будет выполнять свои обязательства, в соответствии с «Положением о гарантиях», утвержденным в клинике.

2.1.8. **Условия**, при которых **Исполнитель** будет выполнять свои обязательства.

**Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:**

**Прохождение Пациентом профилактических осмотров у Исполнителя в сроки, назначенные лечащим врачом;**

1. **Соблюдение Пациентом гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача;**
2. **Проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике;**
3. **Обращение в клинику Исполнителя в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;**
4. **Предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений в случае обращения Пациента к ним за неотложной стоматологической помощью.**
5. **Гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование сохраняются при условии, если пациент выполняет весь комплекс лечебных и профилактических мероприятий, согласованный с врачом.**

**Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у 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.**

2.1.9. Информировать **Пациента** о стоимости услуг (и) до ее (их) оказания:

* назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны,
* назвать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

2.1.10. Обеспечить качество стоматологических услуг:

* в соответствии с медицинскими показаниями;
* в соответствии с медицинскими стандартами, утверждёнными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
* применяя высококачественные инструменты и материалы;
* используя современные технологии лечения.

2.1.11. Выполнить работы в сроки, согласованные с **Пациентом** и указанные в плане (при условии соблюдения **Пациентом** сроков явки на приемы и непрерывности лечения).

2.1.12. Информировать **Пациента** о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Отложить или 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 (ОРВИ, герпес, состояние алкогольного и наркотического опьянения и т. п.).

2.2.2. Отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения причинённых его прекращением убытков, если Пациент, несмотря на своевременное и обоснованное предупреждение со стороны Исполнителя, не принял никаких мер для устранения обстоятельств, грозящих качеству конечного результата оказываемых медицинских услуг.

2.2.3. Отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения причинённых его прекращением убытков, если Пациент, нарушает правила пребывания в клинике.

2.2.4. Перенести лечебное мероприятие на новый срок при опоздании Пациента на приём на 20 минут и более от назначенного Исполнителем времени приёма.

2.2.5. Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае неявки Пациента на приём дважды без предварительного уведомления Исполнителя не менее чем за 6 часов до назначенного времени приёма.

**2.3. Пациент обязуется:**

2.3.1. **Предоставить Исполнителю достоверные персональные данные: адрес, контактный телефон, паспортные данные, сведения о месте работы и занимаемой должности.**

2.3.2. Предоставить необходимую для **Исполнителя** информацию о состоянии здоровья:

* о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах,
* о проведенных ранее обследованиях и лечении,
* об аллергических реакциях,
* об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых **Исполнителем** услуг.

2.3.3. Соблюдать все назначения и рекомендации **Исполнителя** для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.4. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом **Исполнителя** не позднее, чем за сутки.

2.3.5. Ознакомиться с **«Положением о гарантиях»** на стоматологические услуги **Исполнителя**.

2.3.6. Удостоверить личной подписью следующие документы:

* **Согласие** на обработку персональных данных;
* **Информированное добровольное согласие** на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
* **План лечения (предварительный и окончательный)**;
* сообщенные сведения о своем здоровье;
* факт ознакомления с проведенным лечением, назначениями и рекомендациями (в амбулаторной карте);
* факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги (в гарантийном талоне).

2.3.7. Оплатить услуги **Исполнителя** на условиях настоящего договора.

2.3.8. Проводить начатое лечение только у **Исполнителя**, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основания.

2.3.9. Соблюдать **Правила пребывания Пациента в клинике**.

**2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1 Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

2.4.2 Выбирать лечащего врача с учётом специализации врача и его согласия.

2.4.3 Выбирать время приёма у врача из имеющегося свободного.

2.4.4 На проведение консилиума и консультаций других специалистов.

2.4.5 На сохранение в тайне информации о своём здоровье.

2.4.6 Получать стоматологические услуги без взимания платы в учреждениях, работающих в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.4.7 Пациент обладает всеми правами предоставленными ему действующим законодательством Российской Федерации: Федеральный Закон №323 от 21.11.2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", Закон РФ "О защите прав потребителей" от 07.02.1992 года №2300-1.

**3. Цена услуг и порядок расчетов**

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с **Прайс-листом**, утвержденным **Исполнителем** и действующим на день оплаты.

3.2. Оплата услуг производится **Пациентом** в рублях в наличной или безналичной форме в клинике или через **Банк** сразу после каждого посещения за фактически выполненную работу. **Исполнитель** выдает **Пациенту** квитанцию установленного образца, подтверждающую факт приема денег.

3.3. При выполнении ортопедических работ пациент вносит предоплату в размере 50% от общей стоимости либо в размере, определяемом **Исполнителем**.

3.4. **Пациенту** и его семье предоставляется система скидок, действующих в клинике.

3.5. При заключении **Договора Пациент** может по желанию заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс.

3.6. Услуги могут быть оплачены третьей стороной.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Ответственность сторон в случае нарушения условий настоящего Договора определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Дополнительные условия**

5.1. **Договор** вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до окончания исполнения сторонами принятых на себя обязательств в полном объеме **в течение срока службы, установленного в гарантийном талоне**.

5.2. **Договор** может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемой частью настоящего **Договора** являются:

* **амбулаторная** карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике),
* **согласие** на обработку персональных данных (бессрочное),
* **информированное добровольное согласие** (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в клинике),
* рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные **Исполнителем** (хранятся в амбулаторной карте пациента),
* план лечения,
* гарантийный талон (хранится в амбулаторной карте пациента).

5.4. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и **Пациентом** по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости – врачебной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций в установленном порядке.

5.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.6. **Договор** составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**6.Форс-мажорные обстоятельства**

 Стороны не несут ответственности за ненадлежащее исполнение или неисполнение своих обязанностей по настоящему договору в силу наступления форс-мажорных обстоятельств (крупные коммунальные аварии, военные действия, забастовки, принятие государственных, муниципальных нормативных актов, препятствующих исполнению обязательств, стихийные бедствия с разрушительными последствиями и существенным повреждением учреждения **Исполнителя**).

**7. Особые условия:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Общество с ограниченной ответственностью«СОФИЯ»Юр.адрес. 347910, г. Таганрог, ул. Ленина 205, к.16ИНН/КПП 6154149636/615401001ОГРН 1176196040899 | Ф.И.О. Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--  |
| Генеральный директор  | **Пациент** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **Кудрявцева Н.Н..**/  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |