**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Нижний Тагил

ООО Стоматологическая клиника «Ваш доктор» (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 000431437 от 20.05.2004г. Выдано Инспекцией МНС России по г. Нижнему Тагилу и Свердловской области.

Лицензия № ЛО-66-01-004766 от 27.06.2017 г. Выдана Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел.: (343)270-18-18). Перечень работ(услуг) в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической), в лице менеджера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,  **,** именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» и

(Ф. И. О. пациента)

, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны,

(Ф. И. О. заказчика)

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать платные стоматологические услуги Потребителю, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в полном объеме.
   2. Объем предоставляемых услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показаниями к стоматологическому лечению, желаниями Потребителя и Заказчика и техническими возможностями Исполнителя.
   3. Потребитель(Заказчик) получили полную информацию о деятельности Исполнителя; методах диагностики, лечения, альтернативных методах лечения, анестезии и возможных осложнениях, возникающих в процессе лечения, ознакомлены с прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, гарантийными сроками и по доброй воле согласны на оказание Потребителю платных услуг Исполнителем.
   4. *Перечень стоматологических услуг, оказываемых Исполнителем Потребителю определяется на основании Плана лечения, являющегося частью договора.*
2. **Права и обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

2.1. Предоставить Потребителю стоматологические услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ. Диагностическая и медицинская стоматологическая помощь оказывается в кабинетах клиники, оснащенных необходимым оборудованием, инструментарием и материалами. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя последний оставляет за собой право направить Потребителя для диагностики и лечения в иную специализированную медицинскую организацию.

* 1. Информировать Потребителя о сроках гарантии на оказываемые услуги и обоснованности выбора лечебных методик. Исполнитель обязуется исправить за свой счет дефекты лечения, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока.

2.3. Информировать Потребителя о возможных осложнениях после проведения лечения.

2.4. Вести необходимую медицинскую документацию. Сведения о состоянии здоровья Потребителя, плане лечения и результатах лечения заносятся в Стоматологическую карту Потребителя, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2*.5. Исполнитель обязан своевременно информировать Потребителя о том, что соблюдение указаний Потребителя и иные обстоятельства, зависящие от Потребителя, могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги) или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.*

**Потребитель обязан:**

2.6. Сообщить лечащему врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения.

2.7. Оплатить оказанные медицинские услуги в полном объеме и в сроки, указанные в настоящем договоре.

2.8. Являться на запланированные визиты к врачу-стоматологу в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации врача.

2.9. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. В случае возникновения неотложных состояний (боль, повышенная температура, отек, кровотечение и т. п.) после проведенного лечения незамедлительно обратиться к Исполнителю.

2.10. Являться на профилактические осмотры в соответствии с медицинскими показаниями и назначениями лечащего врача.

**Исполнитель в праве:**

2.11. При неоднократном нарушении потребителем (Заказчиком) условий настоящего договора Исполнитель вправе предложить расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке.

2.12*. Если Потребитель(Заказчик), несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем в соответствии с п.2.5 Договора, в разумный срок не изменит указаний о способе оказания услуги либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков.*

*2.13.В случае, когда Потребитель опоздал на прием на время больше 15 минут, Исполнитель назначает новый срок в целях оказания качественной и безопасной стоматологической услуги.*

**Потребитель вправе:**

2.14. В любое время отказаться от дальнейшего медицинского вмешательства и расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части выполненных работ (оказанных услуг).

2.15. Получать информацию о состоянии своего здоровья.

2.16. При обнаружении дефектов в выполненных работах (оказанных услугах) Потребитель вправе по своему выбору предъявить одно из требований, указанных в действующем законодательстве.

**3. Стоимость работ и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг указывается в прейскуранте цен и утверждается Исполнителем.

3.2. Общая стоимость стоматологических услуг, выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ, указанным в медицинской карте стоматологического больного и прейскурантом цен на платные стоматологические услуги.

3.3. Порядок расчетов:

Услуга, оказанная по настоящему договору, может оплачиваться Заказчиком за наличный или безналичный расчет. В отдельных случаях необходимо внести аванс в размере, определенном Исполнителем. В остальных случаях оплата осуществляется за выполненный этап работы.

3.4. В процессе лечения может возникнуть необходимость в модификации отдельных этапов или всего плана лечения, влияющая на стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Потребителю(Заказчику). При этом Потребитель(Заказчик) вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Потребитель(Заказчик) письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

3.5 По данному договору оплата ортопедических услуг осуществляется путем внесения предоплаты в размере 50% от общей стоимости работы.

**4. Срок выполнения работ**

4.1. Услуги по настоящему договору оказываются по предварительной записи в согласованное время.

4.2. Срок выполнения работ (оказания услуг) по настоящему договору определяется согласованным с Потребителем планом лечения.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2 . Исполнитель не несет ответственности за вред, причиненный здоровью Потребителя, возникший в результате:

- неявки или несвоевременной явки Потребителя на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры;

- досрочного расторжения договора по инициативе Потребителя(Заказчика) (п. 2.14. или п. 3.4. настоящего договора);

- несообщения или недостоверного сообщения Потребителем(Заказчиком) существенных сведений о состоянии его здоровья, запрашиваемых лечащим врачом;

- несоблюдения рекомендаций, данных лечащим врачом по уходу за состоянием полости рта.

- несоблюдения Потребителем плана лечения.

5.3 . Заявленные претензии Потребителя удовлетворяются в течение срока, установленного законодательством РФ.

**6. Особые условия**

6.1. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которого Потребитель предупрежден Исполнителем до начала лечения, возврат внесенных за лечение денег не производится.

*6.2 Потребитель**дает разрешение на использование, обработку и передачу своих персональных данных в рамках реализации данного договора.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Разрешаю / не разрешаю подпись дата

**7. Споры по настоящему договору**

7.1. Споры по настоящему договору, возникшие между Исполнителем и Потребителем(Заказчиком), разрешаются в претензионном порядке.

7.2. При не достижении согласия, стороны передают спор на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8. Срок действия договора**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует в течение одного года. Если по истечении срока действия настоящего договора ни одна из сторон не заявит о его расторжении, то срок действия договора автоматически продляется на неопределенный срок.

**9. Реквизиты сторон**

9.1. **Исполнитель:** ООО Стоматологическая клиника «Ваш доктор», 622036, г. Н. Тагил, ул. Газетная, 77, тел. (3435) 25-01-39, 42-09-15.

9.2. **Врачи:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  Менеджер (по доверенности)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ПОТРЕБИТЕЛЬ:  Ф. И. О.  Адрес:  Паспорт  Телефон  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ЗАКАЗЧИК(законный представитель Потребителя)  (Ф.И.О. )  Адрес:  Паспорт  Телефон  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |