**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 27.08.2017 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: дезинфектологии; 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. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности), в лице менеджера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,  **,** именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» и законный

Ф.И.О. пациента

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

(Ф. И. О. заказчика)

стороны, 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. Заказчик получили полную информацию о деятельности Исполнителя; методах диагностики, лечения, альтернативных методах лечения, анестезии и возможных осложнениях, возникающих в процессе лечения, ознакомлен с прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, гарантийными сроками и по доброй воле согласен на оказание Потребителю платных услуг Исполнителем.
   4. *Перечень стоматологических услуг, оказываемых Исполнителем Заказчику определяется на основании Плана лечения Потребителя, 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 Заказчика 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 Заказчика 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 Заказчика о том, что соблюдение указаний Заказчика и иные обстоятельства, зависящие от Заказчика, могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги) или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.*

**Заказчик обязан:**

2.6. Сообщить лечащему врачу достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, 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 с Потребителем 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 с Потребителем 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 с Потребителем 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 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.*

**Заказчик 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 здоровья Потребителя.

2.16. При обнаружении дефектов в выполненных работах (оказанных услугах) Заказчик 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 Заказчику. При этом Заказчик вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если 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 Заказчиком планом лечения.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком 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 Заказчика (п. 2.14. или п. 3.4. настоящего договора);

- несообщения или недостоверного сообщения Заказчиком существенных сведений о состоянии здоровья Потребителя, запрашиваемых лечащим врачом;

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

- несоблюдения Заказчиком плана лечения.

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

**6. Делегирование полномочий**

6.1. В случае невозможности Заказчика сопровождать Потребителя при его обращении за медицинской помощью в Стоматологическую клинику «Ваш доктор», Заказчик обязан обеспечить сопровождение Потребителя своим представителем. Оказание услуг Потребителю без уполномоченного сопровождающего невозможно.

6.2. Подтверждением полномочий представителя Заказчика на сопровождение Потребителя является заполненная Заказчиком доверенность.

6.3. Форма доверенности утверждается Исполнителем и предоставляется по требованию Заказчика для заполнения. Утвержденная форма доверенности также размещается на сайте Исполнителя.

6.4. При первом обращении представителя Заказчика в стоматологическую клинику «Ваш доктор» должна быть предоставлена вышеуказанная доверенность и паспорт. С этих документов делается копия сотрудниками Исполнителя, которые прикладываются к медицинской карте. Доверенность возвращается представителю Заказчика.

6.5. При повторных обращениях в Стоматологическую клинику «Ваш доктор» представитель Заказчика должен предоставить доверенность и паспорт сотрудникам Исполнителя по требованию.

**7. Особые условия**

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

*7.2 Заказчик* *дает разрешение на использование, обработку и передачу персональных данных Потребителя в рамках реализации данного договора.*

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

Разрешаю / не разрешаю подпись дата

**8. Споры по настоящему договору**

8.1. Споры по настоящему договору, возникшие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются в претензионном порядке.

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

**9. Срок действия договора**

9.1. 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.

**10. Реквизиты сторон**

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

10.2. **Врачи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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