**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

**г.** 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, и

(Ф. И. О. пациента или его законного представителя)**,** именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать платные стоматологические услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в полном объеме.
   2. Объем предоставляемых услуг определяется общим состоянием здоровья Заказчика, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием заказчика и техническими возможностями Исполнителя.
   3. Заказчик получил 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 и гарантийными сроками и по доброй воле согласен на оказание ему платных услуг Исполнителем.
2. **Права и обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

2.1. Предоставить заказчику 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 Заказчика для диагностики и лечения в иную специализированную медицинскую организацию.

* 1. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, 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 Заказчика, плане лечения и результатах лечения заносятся в Стоматологическую карту Заказчика, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

**Заказчик обязан:**

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

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

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

2.8. 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, в течение одних суток обратиться к Исполнителю.

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

**Исполнитель в праве:**

2.10. При неоднократном нарушении Заказчиком условий настоящего договора Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке.

**Заказчик вправе:**

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

2.12. Получать информацию о состоянии своего здоровья.

2.13. При обнаружении недостатков в выполненных работах (оказанных услугах) Заказчик вправе по своему выбору предъявить требования в соответствии с действующим законодательством.

.

**3. Стоимость работ и порядок расчетов**

3.1. Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, утвержденными Исполнителем.

**3.2. Порядок расчетов:**

Работа, выполненная по настоящему договору, может оплачиваться Заказчиком за наличный или безналичный расчет по следующим образцам:

- путем внесения аванса;

- оплата за выполненный этап работы.

3.3. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его модификации, влияющая на стоимость лечения. 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.

**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 и медицинскими стандартами

**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 Заказчика в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

- неявки или несвоевременной явки Заказчика запланированный визит или контрольные медицинские осмотры;

- досрочного расторжения договора по инициативе Заказчика (п. 2.12. или п. 3.3. настоящего договора);

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

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

5.3 . Заявленные претензии Заказчика удовлетворяются в сроки, установленные законом, за исключением неотложных состояний здоровья.

**6. Особые условия**

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

6.2 Заказчик 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 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 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: ЗАКАЗЧИК:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Менеджер (по доверенности)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Ф. И. О**  **Адрес**  **Паспорт РФ:**  **Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |