**Договор на оказание стоматологических услуг № \_\_\_\_\_\_\_**

Медицинский центр ООО «Прометей», именуемый в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Генерального директора Мухаловой Елены Николаевны, действующийна основании Устава и Лицензии № **ЛО-25-01-004184 от 11 сентября 2017 года выданной Департаментом здравоохранения Приморского края (г.Владивосток, ул. 1-я Морская – 2, тел. 8(423)2413514) на право осуществления медицинской деятельности**, с одной стороны, и

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.), именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1.** **Предмет Договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе стоматологические услуги (указанные в приложении №1), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в порядке оказания медицинской помощи, утвержденном Министерством здравоохранения РФ, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с установленным прейскурантом, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

**2. Права и обязанности сторон**

***2.1. Исполнитель обязан:***

2.1.1. Осуществить в оговоренное время собеседование и осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения.

2.1.2. Ознакомить Заказчика с вариантами лечения и прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Согласовать план лечения.

2.1.3. Поставить в известность Заказчика о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

2.1.4. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.

2.1.5. Оказать Заказчику стоматологические услуги по общепринятым в РФ методикам и надлежащего качества.

2.1.6. При обнаружении недостатков выполненной работы в течение гарантийного срока устранить их.

***2.2. Исполнитель имеет право:***

2.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и по согласованию с Заказчиком оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.2.2. Отказать Заказчику в оказании услуги:

- при наличии противопоказаний по данному виду услуги;

- при невыполнении предписаний и рекомендаций врача;

- при неявке на прием в назначенное время;

- при несвоевременной и (или) неполной оплате за услугу;

2.2.3. В случае невыполнения обязанностей Заказчиком, указанных в настоящем договоре, Исполнитель имеет право расторгнуть договор без возмещения стоимости оказанных стоматологических услуг.

2.2.4. Исполнитель не несет ответственности за исход лечения Заказчика в случае его отказа от дополнительных методов обследования и лечения, требуемых для уточнения диагноза и тактики лечения, а также невыполнения им рекомендаций лечащего врача.

***2.3. Заказчик обязан:***

2.3.1. Внимательно ознакомиться с информацией, касающейся предоставления ему платных стоматологических услуг.

2.3.2. Являться на прием в установленное время.

2.3.3. Предупредить Исполнителя по телефону 8 (423)2605 704 или 8-908 449 61 14 об опоздании или невозможности явки на прием заблаговременно.

2.3.4. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной стоматологической услуги, соблюдать и выполнять все назначения врача.

2.3.5. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.6. До оказания ему стоматологической услуги информировать врача об имеющихся у него заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3.7. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные профилактические осмотры.

2.3.8. Соблюдать этические нормы во взаимоотношениях с медицинским персоналом.

2.3.9. Принять и оплатить предоставленные ему стоматологические услуги администратору (кассиру) согласно наряда на оплату. Заказчику запрещено производить оплату непосредственно врачу или медицинской сестре.

***С текстом Договора на данной странице ознакомлен в полном объеме, согласен***.

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

***2.4. Заказчик имеет право:***

2.4.1. Получать стоматологические услуги надлежащего качества  по общепринятым в РФ методикам.

2.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья и проведенном лечении.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты  Исполнителю фактически понесенных им расходов, при этом предоплата за изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.

2.4.4. Выбрать лечащего врача с учетом его согласия.

2.4.5. Получать соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*- Владивостокская стоматологическая поликлиника № 1,ул.Уборевича,14.*

**3 Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Оплата стоматологических услуг и работ производится согласно действующему на день оплаты прейскуранту.

3.2. Стоимость платных медицинских услуг и их перечень указанны в приложении №1 к настоящему договору.

3.3. Расчеты за стоматологические услуги осуществляются  в форме предоплаты, частичной предоплаты и /или оплаты оказанных услуг непосредственно после их оказания в зависимости от вида оказываемых стоматологических услуг.

3.4. Заказчик оплачивает услуги по ортопедической стоматологии согласно составленного наряда в следующем порядке: 30% от стоимости при первом посещении врача, 70% от стоимости – в течение срока выполнения работы до ее окончания.

3.5. Заказчик оплачивает услуги по хирургической и терапевтической стоматологии непосредственно по факту их оказания.

3.6. Оплата производится за наличный расчет

**4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

4.1. Исполнитель оказывает услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего договора, в сроки, установленные планом лечения (приложение №2), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Договор считается исполненным надлежащим образом по окончании оказания Исполнителем услуг, указанных в п.1.1. настоящего договора, и оплаты их Заказчиком в полном объеме.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Заказчика на момент обращения.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонения в состоянии здоровья)

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в анкете пациента;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;

- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

5.3. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг.

5.4. В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Заказчика, стоимость услуг Исполнителя подлежит оплате Заказчиком в полном объеме.

5.5. В случае, когда невозможность исполнения обязательств  возникла по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

**6. Гарантийные обязательства**

6.1. Исполнитель берет на себя гарантийные обязательства:

- на эндодонтическое лечение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес.;

- на реставрационные работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес.;

- на работы по зубному протезированию, выполненные согласно установленному врачом плану протезирования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес.

**7. Порядок разрешения споров**

7.1. Спорные ситуации, возникающие между Заказчиком и Исполнителем по вопросу качества оказанных услуг, стороны решают путем двусторонних переговоров.

7.2. В случае возникновения разногласий, дальнейшие споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8. Заключительные положения**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания гарантийного срока или срока службы. После подписания настоящего Договора его действие распространяется на все случаи обращения Заказчика к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг.

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

8.3. После подписания настоящего договора внесение каких-либо изменений в текст договора не допустимо.

***С текстом Договора на данной странице ознакомлен в полном объеме, согласен***.

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

 8.4. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон  при условии оплаты Заказчиком фактически понесенных Исполнителем расходов, при этом предоплата за изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.

8.5. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует заказчика о расторжении договора по инициативе заказчика, при этом заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**9.Особые условия**

9.1.Подписывая данный договор, я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку персоналом ООО «Прометей» моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Настоящее согласие действует бессрочно.

**10. Подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:** | **Исполнитель:** |
| Ф.И.О:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес и телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ООО «Прометей»  ИНН 2537066433, КПП 253701001  ОГРН 1032501808020  Адрес: 692519, г. Уссурийск, ул. Советская 70а,  Юр. адрес:692519,г.Владивосток, ул.Калинина 133,  Тел.: 8 (423)2605704  2596114 |

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**медицинских услуг, оказываемых Заказчику**

**Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Дата** | **Виды работ и услуг** | **Стоимость работ и услуг** | **Подпись пациента** | **Подпись врача** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

С условиями договора ознакомлен(а) в полном объеме и согласен(на)     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Генеральный директор

ООО «Прометей»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мухалова Е.Н. /

М.П.                       «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.  х