

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Тамбов

« »

2020г.

Общество с ограниченной ответственностью «Зелёное яблоко», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице генерального директора **Кругова Павла Вячеславовича**, действующего на основании устава с одной стороны, и _____,

(фамилия, имя, отчество пациента)

именуемый(-ая) в дальнейшем "ПАЦИЕНТ", с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется оказать **ПАЦИЕНТУ** платные стоматологические услуги (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической) в соответствии с лицензией № ЛО-68-01-001220 от 25.04.2019 г., выданной администрацией Тамбовской области и управлением здравоохранения Тамбовской области (адрес: 392000, г. Тамбов, ул. Советская 106/М.Горького 5, +7 (4752) 79-25-12.

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом, и являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Оказываемые **ПАЦИЕНТУ** услуги фиксируются в медицинской карте **ПАЦИЕНТА** (форма №043у).

1.3. **ПАЦИЕНТ** добровольно берет на себя обязательства по оплате оказанных медицинских услуг, в соответствии с прейскурантом цен, установленным **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1.1. Проинформировать **ПАЦИЕНТА** об объёме, предполагаемой стоимости и сроках необходимого лечения, возможных осложнениях и получить его согласие на лечение, отразив результаты обследования в медицинской карте **ПАЦИЕНТА**. Факт начала лечения означает выполнение **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** своих обязательств по данному пункту договора. Срок выполнения работ осуществляется в соответствии с планом лечения.

2.1.2. Поручить лечение врачу, который обязан обеспечить качественные методы лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе назначить другого врача для проведения лечения, уведомив об этом **ПАЦИЕНТА**.

2.1.3. Оказать стоматологические услуги с применением необходимых технологий, материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

2.1.4. Вести медицинскую карту **ПАЦИЕНТА** (ф.043у), являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора, и другую документацию при оказании услуг,

2.1.5. Поставить в известность **ПАЦИЕНТА** о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с **ПАЦИЕНТОМ**, а также врачебную тайну.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объём лечения, манипуляций, необходимых для лечения **ПАЦИЕНТА** в рамках плана лечения.

2.2.2. Делать рентгеновские снимки, диагностические модели и проводить любые диагностические мероприятия, которые врач найдёт необходимым для обследования и лечения **ПАЦИЕНТА** с согласия пациента с оплатой за счёт **ПАЦИЕНТА**.

2.2.3. Запрашивать у **ПАЦИЕНТА** сведения и документы (в случаях предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимые для эффективного лечения.

2.2.4. Отказать в приёме **ПАЦИЕНТА** в случае:

- когда требуемые услуги не входят в план лечения;
- если у **ПАЦИЕНТА** имеются противопоказания к лечению, угрожающие его жизни и здоровью (заболевания, при которых невозможно оказать помощь амбулаторно, алкогольное, наркотическое или токсическое опьянения);
- когда действия **ПАЦИЕНТА** угрожают жизни и здоровью персонала;
- в иных случаях, установленных законодательством и настоящим договором.

2.3 ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:

2.3.1. Записаться на приём к врачу и забронировать время визита.

2.3.2. Являться на приём в строго назначенное время.

2.3.3. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.4. Сообщить врачу достоверные сведения о перенесённых или имеющихся у него заболеваниях, могущих оказать влияние на результаты и ход лечения. В случаях не сообщения **ПАЦИЕНТОМ** указанных сведений, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе отказать в предоставлении услуг по настоящему договору.

2.3.5. Немедленно извещать **ИСПОЛНИТЕЛЯ** о всяких осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Предупредить врача по телефону +7 (475) 255-96-66 или лично о невозможности явки на приём не менее, чем за 24 часа до времени визита.

2.3.7. Проходить бесплатный профилактический осмотр после проведённого лечения 1 раз в 6 месяцев, если иной срок не установлен в медицинской карте.

2.4. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.4.1. Получать информацию об объёме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ПЛАТЕЖЕЙ

3.1. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

3.2. ПАЦИЕНТ осуществляет оплату стоимости услуг по прейскуранту по окончании каждого визита.

3.3. Оплата услуг может осуществляться ПАЦИЕНТОМ в порядке 100% предоплаты до получения услуги путём внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету путём перечисления денежных средств на расчётный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ в одностороннем порядке, о чем ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан предупредить ПАЦИЕНТА до начала выполнения дополнительных работ.

3.5. В случае не оплаты ПАЦИЕНТОМ стоимости услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать ПАЦИЕНТУ в оказании услуги до оплаты последним её стоимости.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несёт ответственность за качество оказанных услуг и обязуется устранить недостатки, если они обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков.

4.2. Срок гарантийных обязательств на: - композитные реставрации, эндодонтическое лечение корневых каналов, в том числе лечение кист и гранулём составляет **2 года**.

- несъёмные конструкции (коронки на свои зубы, коронки на имплантатах, культевые вкладки и др.) составляет **3 года**.

- виниры составляет **1 год**

4.3. Гарантия не распространяется на лечение пародонтита, отбеливание, пластмассовые конструкции, профгигиену и работу по пластике твёрдых и мягких тканей полости рта в силу особенностей физиологических процессов.

4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности за работу перед ПАЦИЕНТОМ в случае:

4.4.1. Возникновения осложнений по вине ПАЦИЕНТА: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и др.

4.4.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов, разрешенных к применению.

4.4.3. Возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, указанных в п.2.3.4 настоящего договора, сведения о которых не были сообщены ИСПОЛНИТЕЛЮ.

4.4.4. Если часть работ по зубу/имплантату, либо прилегающим к ним тканям была проведена в другой клинике.

4.4.5. Прекращения лечения по инициативе ПАЦИЕНТА.

4.5. Претензии к эстетике реставрации (пломбы, виниры, вкладки, накладки, мосты, съёмные протезы и др.) после фиксации работы в полости рта и оплаты не принимаются.

4.6. ПАЦИЕНТ несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату медицинских услуг

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. Все возможные споры, которые возникают в связи с настоящим договором, стороны будут решать путём переговоров в духе доброго делового диалога и взаимовыгодных долгосрочных отношений.

5.2. При невозможности достигнуть согласия сторон споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и заканчивается по выполнению договорных обязательств. Стороны приступают к исполнению обязательств по договору « » 2020г.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон в установленном законом порядке.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение, считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих сторон.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

7.1. В соответствии с условиями настоящего договора ПАЦИЕНТ даёт разрешение ИСПОЛНИТЕЛЮ делать видеозапись, фотографии, связанные с лечением и использовать их для лечебных, научных и образовательных целей.

7.2. ПАЦИЕНТ даёт своё согласие на получение информации (рекламной информации, рассылки) в любой форме (по телефону, почтой и т.д.) от ИСПОЛНИТЕЛЯ.

7.3. Договор составлен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Медицинская карта ПАЦИЕНТА хранится у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

Исполнитель

ООО «Зелёное яблоко»
Зарегистрировано МИФНС по Тамбовской обл.
ОГРН 1186820010057 ИНН 6829145270
Фактический адрес:
г. Тамбов 392020, ул. Карла Маркса 183, офис 9
Сбербанк отделение №8594 БИК046850649
Расчётный счёт 40702810261000006495
Кор. счёт 30101810800000000649
Тел: +7(475) 255-96-66 , +7 (906)596-66-60
Электронная почта : zelenoyabloko68@gmail.com

Пациент

Ф.И.О.
Дата рождения:
Адрес регистрации:
Паспорт:
выдан:
дата выдачи: