

## ДОГОВОР

### на оказание платных медицинских стоматологических услуг

г. Севастополь

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «Стоматологический кабинет «Витязь», действующее на основании Уведомления об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», осуществление которых на территориях Республики Крым и г. Севастополя допускается с 1 июня 2015 г. без получения лицензии рег. № 6 от 09.04.2015 года в Реестре уведомлений Росздравнадзора срок действия до 01.07.2023 года (выполняемые работы и оказываемые услуги по месту ведения деятельности г. Севастополь, ул. Фадеева, 1: 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; 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: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, рентгенологии именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора, Шереко Евгения Валентиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка), именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (ая) от имени и в интересах не совершеннолетнего сына (дочери) \_\_\_\_\_ г.р. \_\_\_\_\_, в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Под медицинскими услугами в настоящем договоре понимаются: медицинские услуги, которые вправе оказывать Исполнитель в соответствии с Уведомлением об осуществлении медицинской деятельности рег. № 6 от 09.04.2015 года в Реестре уведомлений Росздравнадзора по месту ведения деятельности: г. Севастополь, ул. Фадеева, 1 на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

1.2. **Исполнитель обязуется** оказать **Пациенту** платные стоматологические услуги по направлениям: детская стоматология, ортодонтия, стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая по месту осуществления деятельности: г. Севастополь, ул. Фадеева, 1, а **Заказчик** обязуется оказанные **Пациенту** услуги принять и оплатить на условиях данного договора.

1.3. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с планом лечения по окончании оказания услуги Исполнителем и Заказчиком подписывается Акт об оказанных медицинских услугах, который является приложением к Договору.

1.4. Сроки оказания услуг в зависимости от медицинских показаний:

- терапевтическое лечение – в течение 14 дней с дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;
- хирургическое лечение – в течение 14 дней с дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;
- ортодонтическое лечение – в течение 6 месяцев с дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;
- ортопедическое лечение – в течение 30 дней с дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения и заказом нарядом на ортопедические работы.

Иной срок лечения может быть установлен планом лечения пациента, заказом-нарядом на оказание стоматологических услуг по ортопедической стоматологии, хирургической стоматологии (установка импланта с последующим протезированием) по согласованию с пациентом.

В случае неявки Пациента на плановые приемы более одного раза, переноса плановых приемов, Исполнитель не несет ответственности за соблюдение сроков выполнения работ при этом руководствуясь принципами разумности и добросовестности вправе самостоятельно изменить срок оказания услуг.

### 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. **Исполнитель** обязуется:

2.1.1. Провести качественное комплексное обследование **Пациента** у специалистов стоматологов отделения, и в случае необходимости у врачей специалистов других специальностей с целью постановки основного и сопутствующих диагнозов.

2.1.2. На основании полученных результатов комплексного обследования предоставить **Заказчику** полную и достоверную информацию о состоянии стоматологического здоровья **Пациента**, разъяснить **Заказчику** суть предлагаемого варианта лечения.

2.1.3. Составить и согласовать с **Заказчиком** план лечения **Пациента** с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер.

2.1.4. Информировать **Заказчика** о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования, хирургического вмешательства.

2.1.5. Определить для **Пациента** гарантийный срок, объяснив **Заказчику** условия, при которых гарантийные обязательства **Исполнителя** сохраняются. Гарантийные обязательства сохраняются при соблюдении пациентом

следующих условий:

- Пациент регулярно соблюдает правила гигиены полости рта.
  - Пациент не реже одного раза в полгода обращается к своему лечащему врачу-стоматологу для прохождения профилактического осмотра полости рта.
  - Пациент проходит платную гигиеническую обработку полости рта у Исполнителя с частотой посещения, рекомендованной Пациенту и указанной в амбулаторной карте. Время посещения определяется пациентом самостоятельно.
  - Пациент не проходит коррекцию работы, выполненной Исполнителем, в других стоматологических учреждениях.
  - Пациент, в случае возникновения дискомфорта или других проявлений в области проведенного вмешательства, обращается только в клинику Исполнителя, где было проведено данное лечение или протезирование.
  - В случае обращения Пациента в другое лечебное учреждение за неотложной стоматологической помощью, он должен предоставить выписку из амбулаторной карты о проведенном лечении и рентгеновские снимки.
  - Гарантийные обязательства на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии выполнения Пациентом всего ранее согласованного плана лечения.
  - Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия, курение, бруксизм), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.
- 2.1.6. Информировать Заказчика о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом лечебных и профилактических мероприятий, а также при изменении плана лечения.
- 2.1.7. Обеспечить качественное исполнение стоматологической услуги в рамках согласованного плана лечения в соответствии с медицинскими показаниями с применением высококачественных инструментов и материалов, с использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.
- 2.1.8. Выполнить работы в сроки, согласованные с Заказчиком при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы.
- 2.1.9. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту для сохранения достигнутого результата.

## 2.2. Заказчик обязуется:

- 2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента (ребенка, в интересах которого заключается данный договор), о перенесенных и имеющихся заболеваниях (в том числе хронических), операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой Исполнителем услуги. В случае непредставления указанной информации или предоставления недостоверной информации Исполнитель не несет ответственности за возникновение в связи с этим неблагоприятных последствий.
- 2.2.2. Обеспечить строгое соблюдение Пациентом всех назначений и рекомендаций Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.
- 2.2.3. Обеспечить своевременную явку Пациента на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине, в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.
- 2.2.4. Удостоверить личной подписью в медицинской документации следующее:
- сообщенные сведения о здоровье Пациента;
  - факт ознакомления с планом лечения (изменениями в плане) и согласия с ним и его стоимостью;
  - факт ознакомления с назначениями и рекомендациями Пациента;
  - Факт ознакомления со сроками гарантии и обстоятельствами, при которых данные гарантийные обязательства Исполнителем выполняются.
- 2.2.5. Удостоверить личной подписью в Договоре факт ознакомления со следующими документами:
- Положением о гарантийном обслуживании, действующим у Исполнителя;
  - Правилами пребывания и медицинского обслуживания Пациентов, действующими у Исполнителя.
- 2.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора;
- 2.2.7. Обеспечить соблюдение Пациентом назначений и рекомендаций Исполнителя, а также условий, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются;
- 2.2.7. В случае отказа от получения медицинских услуг оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору, в том числе стоимость расходных материалов, зуботехнических изделий, конструкций.

## 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Заказчик производит оплату за каждый прием по терапевтическому лечению в соответствии с действующим прейскурантом у Исполнителя (перечнем медицинских услуг, утвержденным руководителем Исполнителя). Прейскурант предъявляется Пациенту до подписания настоящего Договора сторонами.

3.2. Заказчик оплачивает услуги по протезированию согласно составленного наряда в следующем порядке: 50% стоимости - при первом посещении врача для выполнения работы, 50% в течении срока выполнения работы до окончания

последней.

3.3. **Заказчик** обязуется ознакомиться с официальной информацией об **Исполнителе** в полном объеме перед каждым приемом.

3.4. **Заказчик** согласен с действующим у **Исполнителя** порядком изменения прейскуранта (перечня медицинских услуг).

3.5. **Заказчик** обязан ознакомиться с прейскурантом цен перед каждым посещением врача **Пациентом**.

3.6. Оплата услуг производится **Заказчиком** в рублях, в наличной и безналичной формах на условиях предоплаты в размере, определяемом **Исполнителем**.

3.7. В целях поощрения **Заказчика** **Исполнитель** может применять скидки на оказанные медицинские услуги в пределах от 1% до 8% от стоимости услуг, по решению лечащего врача, главного врача, генерального директора.

#### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Ответственность сторон при исполнении условий настоящего договора определяется в соответствии с действующим законодательством.

4.2. **Исполнитель** не несет ответственность за какие-либо осложнения, возникшие вследствие лечения зубов, ранее леченных в другой стоматологической клинике. Это обусловлено отсутствием у **Исполнителя** достоверной информации о методах лечения, врачебных процедурах, качестве материалов, примененных в другой стоматологической клинике в процессе лечения.

#### 5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ И ПРЕТЕНЗИЙ

5.1. Все споры и претензии связанные с качеством оказания услуг по настоящему Договору подлежат обязательному рассмотрению Комиссией по контролю качества оказания стоматологической помощи взрослому населению, которая действует у **Исполнителя**.

5.2. Все споры, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются суде общей юрисдикции в соответствии с подсудностью, установленной ГПК РФ.

#### 6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря текущего года. В случае если ни одна из сторон не заявит о своем желании отказаться от исполнения договора, он считается пролонгированным на 1 год. Последующая пролонгация происходит автоматически. Договор также перезаключается при изменении содержания формуляра договора.

Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

Неотъемлемой частью настоящего договора является амбулаторная карта **Пациента**, которая хранится у **Исполнителя**.

Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

#### 7. ЗАВЕРЕНИЯ ЗАКАЗЧИКА

7.1. В соответствии с ч. 2 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я разрешаю **Исполнителю** передачу (предоставление) информации о моем здоровье/здоровье **Пациента** в виде копии и выписок из медицинской карты следующим лицам при предъявлении паспорта: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись заказчика)

7.2. В соответствии с требованием п.15. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 04.10.2012 года № 1006) до заключения договора я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (конкретного медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись заказчика)

7.3. **Заказчик** подтверждает, что до подписания настоящего договора он был ознакомлен с Правилами пребывания и обслуживания пациентов в ООО «Стоматологический кабинет «Витязь», Прайс-листом **Исполнителя**, Положением о гарантийных обязательствах **Исполнителя**. Все положения перечисленных локальных нормативных актов ему понятны. **Заказчик** понимает, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между **Заказчиком** и **Исполнителем**. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись заказчика)

7.4. **Заказчик** дает согласие на получение информации, в том числе, рекламного характера, от **Исполнителя** в виде e-mail сообщений на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_, посредством смс-сообщений, сообщений в мессенджерах или телефонных звонков представителя клиники по номеру телефона: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (подпись заказчика)

**Предупреждение!!! Подписание договора Заказчиком удостоверяет факт получения им экземпляра договора.**



**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

ООО «Стоматологический кабинет «Витязь»  
299001, г. Севастополь, ул. Р. Люксембург, 52-20  
Свидетельство о внесении сведений о юридическом  
лице в ЕГРЮЛ сер. 34№004235847 выдано Инспекцией  
ФНС по Ленинскому району г. Севастополя 25.11.2014 г  
ОГРН 1149204038389, ИНН 9203005794, КПП920301001.  
место осуществления деятельности (оказания услуг по  
договору): г. Севастополь: ул. Фадеева, 1, т. +79787447490

\_\_\_\_\_  
М.П. по доверенности № 27 от 11.01.2023 г

**ПАЦИЕНТ:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Адрес фактического проживания  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись, ФИО плательщика (за несовершеннолетнего – представитель)

**ЗАКАЗЧИК:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Адрес фактического проживания  
\_\_\_\_\_

Паспортные данные  
\_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_

электронный адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись, ФИО пациента (за несовершеннолетнего – представитель)