

## ДОГОВОР на оказание платных медицинских стоматологических услуг

г. Севастополь

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ООО «Стоматологический кабинет «Витязь», действующее на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01138-92/00309545 от 02.11.2016 года, выданной Департаментом здравоохранения г. Севастополя, адрес: г. Севастополь, ул. Симферопольская, 2, срок действия – бессрочно (выполняемые работы и оказываемые услуги: 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: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, ортодонтии, стоматологии хирургической, стоматологии общей практики по адресам деятельности: 299001, г. Севастополь, ул. Дзержинского, д. 53, помещение/офис с 29 по 32, с 38 по 40; 299011, г. Севастополь, ул. Адмирала Октябрьского, д. 13, помещение/офис с 20-1 по 20-9, Уведомления об осуществлении медицинской и фармацевтической деятельности по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю рег. № 6 от 09.04.2015 года в Реестре уведомлений Росздравнадзора срок действия до 01.07.2023 года (выполняемые работы и оказываемые услуги: 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: сестринскому делу, рентгенологии; 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 (по месту ведения деятельности: г. Севастополь, ул. Фадеева, 1), 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, гражданин (ка) \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и гражданин (ка) \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Плательщик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель обязуется** оказать **Пациенту** платные стоматологические услуги по направлениям: терапевтическая стоматология, стоматология общей практики, ортопедическая стоматология, хирургическая стоматология (не оказывается по месту ведения деятельности: г. Севастополь, ул. Фадеева, 1), ортодонтия, детская стоматология (только по месту ведения деятельности: г. Севастополь, ул. Фадеева, 1), рентгенология, а **Плательщик**, обязуется оказанную **Пациенту** услугу оплатить на условиях данного договора.

1.2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с планом лечения, заказом-нарядом на оказание стоматологических услуг по ортопедической стоматологии, хирургической стоматологии (установка импланта с последующим протезированием) и фиксируются в медицинской карте. По окончании оказания услуги Исполнителем и Пациентом подписывается Акт об оказанных медицинских услугах, который является приложением к Договору.

1.3. Сроки оказания услуг в зависимости от медицинских показаний:  
– терапевтическое лечение – в течение 14 дней со дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;  
– хирургическое лечение – в течение 14 дней со дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;  
– ортодонтическое лечение – в течение 6 месяцев со дня начала оказания услуги, в соответствии с планом лечения;  
– ортопедическое лечение – в течение 30 дней со 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 **Пациенту** полную и достоверную информацию о состоянии его стоматологического здоровья, разъяснить **Пациенту** сущность предлагаемого

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

Плательщик \_\_\_\_\_

варианта лечения.

2.1.3. Составить и согласовать с **Пациентом** план лечения с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, сроки их исполнения.

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

2.1.5. Определить для **Пациента** гарантийный срок, объяснив 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 гигиеническую обработку полости рта у **Исполнителя** с частотой посещений, 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 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 **Пациента** 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 **Пациентом** при условии соблюдения **Пациентом** сроков явки на приемы.

2.1.9. Информировать **Пациента** о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата.

## 2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для **Исполнителя** информацию о состоянии своего здоровья (либо 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** медицинской 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. Строго соблюдать все назначения и рекомендации **Исполнителя** для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Своевременно являться 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 своем здоровье
- факт ознакомления с планом лечения (изменениями в плане) и согласия с ним и его стоимостью
- факт ознакомления с назначениями и рекомендациями
- факт ознакомления со сроками гарантии и обстоятельствами, при которых данные гарантийные обязательства **Исполнителем** выполняются.

2.2.5. Удостоверить личной подписью в Договоре факт ознакомления:

- с Положением о гарантийном обслуживании, действующим у **Исполнителя**;
- с Правилами пребывания и медицинского обслуживания Пациентов, действующими у **Исполнителя**;
- с официальной информацией об Исполнителе (со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя);

2.2.6. Оплатить услуги **Исполнителя** на условиях настоящего договора;

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.

### 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

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

3.2. **Плательщик** оплачивает услуги по протезированию, оказываемые **Пациенту**, 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. **Пациент** обязуется ознакомиться с официальной информацией об **Исполнителе** в полном объеме перед каждым приемом.

3.4. **Пациент и Плательщик** согласны с действующим у **Исполнителя** порядком изменения прейскуранта (перечня медицинских услуг).

3.5. **Пациент и Плательщик** обязан ознакомиться с прейскурантом цен перед каждым посещением врача.

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

3.7. В целях поощрения **Пациента 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 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 исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

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**, **Плательщик** не имеет права доступа к медицинской карте пациента.

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.

Предупреждение!!! Подписание договора Пациентом и Плательщиком удостоверяет факт получения ими экземпляров договора лично.

#### 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.  
места осуществления деятельности в г. Севастополь:  
ул. Адм. Октябрьского, 13 т.+79787447450,  
ул. Дзержинского, 53, т.+79787677664,  
ул. Фадеева, 1, т. +79787447490

#### ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Адрес фактического проживания  
\_\_\_\_\_  
Паспортные данные  
\_\_\_\_\_  
номер телефона \_\_\_\_\_  
электронный адрес: \_\_\_\_\_

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

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



**ПЛАТЕЛЬЩИК:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

Паспортные данные \_\_\_\_\_

номер телефона \_\_\_\_\_

электронный адрес: \_\_\_\_\_

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