

**ДОГОВОР****на оказание платных медицинских стоматологических услуг**

г. Севастополь

{ТекущаяДатаПолная} 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, стоматологии детской, рентгенологии 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; ул. Адмирала Фадеева, д.1, встроенные нежилые помещения с № 1 по №5 (Центры), встроенные помещения (Центры), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора, Шереко Евгения Валентиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, {ФамилияИмяОтчество},

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», 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. Адмирала Фадеева, 1), ортодонтия, детская стоматология (только по месту ведения деятельности: г. Севастополь, ул. Адмирала 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 имплантата с последующим протезированием). Перечисленные документы, подлежат письменному согласованию Сторонами, являются неотъемлемой частью договора и устанавливают перечень медицинских услуг, оказываемых Пациенту по Договору, и их стоимость. Оказание медицинских услуг без предварительного их согласования в письменной форме Сторонами не допускается. По окончании оказания услуги Исполнителем и Пациентом подписывается Акт об оказанных медицинских услугах, который является приложением к Договору.

1.3. **Сроки и перечень оказания платных 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.

Исполнитель не оказывает медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**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** суть предлагаемого варианта лечения.

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

2.1.4. Информировать **Пациента** о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте,

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

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** 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 предоставления ему и ознакомления до заключения Договора со следующими документами и информацией об **Исполнителе**:

- Положением о гарантийном обслуживании, действующим у **Исполнителя**;
- 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**, в том числе непосредственно задействованными при оказании ему медицинских услуг по Договору);
- с информацией о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности

осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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. Стоимость оказываемых услуг определяется действующим прейскурантом и закрепляется актом оказанных услуг. Прейскурант предъявляется Пациенту до подписания настоящего Договора сторонами**

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

3.3. **Пациент** 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.

3.4. **Пациент** обязуется ознакомиться с официальной информацией об **Исполнителе** в полном объеме перед каждым приемом.

3.5. **Пациент** согласен с действующим у **Исполнителя** порядком изменения прейскуранта (перечня медицинских услуг).

3.6. **Пациент** обязан ознакомиться с прейскурантом цен перед каждым посещением врача.

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

3.8. 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** в сроки, установленные Законом РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I «О защите прав потребителей» .

5.2. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в Департамент здравоохранения города Севастополя в письменном виде по адресу: 299003, г. Севастополь, ул. Симферопольская, д. 2, а также в электронном виде: sevzdrav@sev.gov.ru.

5.3. 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 или изменен по соглашению Сторон.

Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента при его отказе от оказания ему медицинских услуг, с соблюдением условия, установленного п. 2.2.7. Договора. За отказ Пациента от оказания ему медицинских услуг в отсутствие его прямого заявления **Исполнителем** принимается не явка в назначенное время на врачебные приемы более двух раз подряд при начале лечения, создание угрозы достижению положительного результата медицинского вмешательства Пациентом.

Изменения в договор также происходит путём заключения дополнительного соглашения.

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

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

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

### 7. ЗАВЕРЕНИЯ ПАЦИЕНТА

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 Пациента)

7.2. В соответствии с требованием п. 24. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 11.05.2023 года № 736) 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 Пациента)

7.3. Пациент 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 Пациента)

7.4. Пациент подтверждает, что ознакомлен с тем, что за медицинскими документами о состоянии своего здоровья (медкарты, документы о результатах исследований, их копии или выписки из них, иное) пациент / представитель может обратиться лично, обычным письмом по адресу Исполнителя, указанному в Договоре, а также электронным письмом - но в последнем случае он должен подписать письмо УКЭП. Запрос составляется в свободной форме с указанием реквизитов организации и заявителя, позволяющих его идентифицировать, наименования искомых меддокументов и периода, за который нужны эти документы, а также способ их получения - лично на руки, почтой, по электронным каналам связи или как-то иначе. Если в запросе не хватает указанной информации, медорганизация сообщает об этом заявителю в течение 14 дней. Документы предоставляются в течение месяца со дня регистрации запроса.

\_\_\_\_\_ (подпись Пациента)

7.5. Пациент 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 Пациента)

**Предупреждение!!! Подписание договора Пациентом удостоверяет факт получения им экземпляра договора лично.**

<b>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</b>	<b>ПАЦИЕНТ:</b>
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	Ф.И.О. {ФамилияИмяОтчество} Адрес {Адрес} Паспорт {Паспорт} номер телефона: {Телефоны} электронный адрес: _____
_____ М.П. _____ по доверенности № 27 от 11.01.2023 г.	_____ подпись, ФИО пациента (за несовершеннолетнего – представитель)