**Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг**

город Омск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 **Общество с ограниченной ответственностью «ВЕРаДЕНТ»** (644001 г. Омск, ул. Масленникова, д. 167, пом. 1П), действующее на основании лицензии №ЛО-55-01-002737 от 25.08.2020г. бессрочная, выданной Министерством здравоохранения Омской области (адрес: 644009, г. Омск, ул. Красный путь, 6; (3812)25-82-17) в лице Генерального директора Воронова Александра Викторовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» с одной стороны и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**» с другой стороны, а вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1. Исполнитель обязуется оказать стоматологические услуги на основании Лицензии № ЛО-55-01-002737 от 25.08.2020г., выданной Министерством здравоохранения Омской области (адрес: 644009, г. Омск, ул. Красный путь, 6; (3812)25-82-17) (Виды работ (услуг) выполняемых (оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу 4) при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологи ортопедической; стоматологии терапевтической) в объеме определяемом состоянием здоровья Пациента, медицинскими назначениями и техническими возможностями Исполнителя, а Пациент обязуется оплатить их согласно действующему на момент заключения договора прейскуранту, на условиях, предусмотренных настоящим договором.

 1.2. Объем и виды стоматологических услуг определяется Исполнителем в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, согласованным с Пациентом и зафиксированным в «Медицинской карте стоматологического больного».

План лечения по предварительному диагнозу:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Зуб** | **Диагноз** | **Работа, материал** | **Обезболивание** | **R-графия** | **Прочее** | **Стоимость по прейскуранту** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2. ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО УСЛУГ**

 2.1. Исполнитель обязан обеспечить соответствие оказываемых стоматологических услуг установленным профессиональным стандартам.

 2.2. Необходимым условием исполнения настоящего Договора является получение Информационного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора, а также согласие Пациента с предложенным планом лечения, выраженное подписью Пациента в «Медицинской карте стоматологического больного».

 2.3. При возникновении в процессе оказания услуг объективной необходимости изменить план лечения, Пациент уведомляется о наличии такой необходимости. В случае согласия измененный план лечения вновь согласовывается с Пациентом в порядке, предусмотренном в 2.2 настоящего договора. В случает отказа Пациента от изменения плана лечения, несмотря на наличие объективной необходимости, такой отказ оформляется в письменном виде с разъяснением Пациенту последствий отказа.

**3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

 3.1. Стоимость оказываемых услуг определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения Договора.

 3.2. Пациент обязан оплатить оказанные услуги непосредственно после каждого приема в размере полной стоимости фактически оказанных услуг. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. При безналичной форме оплаты оказание стоматологических услуг производится только после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

 3.3. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом Исполнителя.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**4.1. Пациент обязан:**

4.1.1. предоставить Исполнителю до оказания стоматологических услуг точную копию и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом лечении, предшествовавшем обращении к Исполнителю;

4.1.2. точно и своевременно выполнять назначения и рекомендации Исполнителя;

4.1.3. своевременно информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья или других изменениях, происходящих в ходе обследования, лечения или после него, немедленно информировать Исполнителя о появлении болевых или дискомфортных ощущений;

4.1.4. являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 2 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием;

4.1.5. своевременно и точно выполнять назначенные сотрудниками Исполнителя мероприятия (диагностика, консультация специалистов, лечебные и профилактические процедуры);

4.1.6. своевременно оплачивать стоматологические услуги, оказываемые Исполнителем;

4.1.7. соблюдать гигиену полости рта и являться в назначенные сроки на контрольные осмотры и проведение профессиональной гигиены полости рта не реже, чем 1 раз в 6 месяцев, если иное не оговорено условиями предоставления гарантии;

4.1.8. в случае возникновения в течении гарантийного срока недостатков оказанных услуг, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

**4.2. Пациент имеет право:**

4.2.1. получать информацию о состоянии своего здоровья;

4.2.2. получать исчерпывающую информацию о ходе лечения;

4.2.3. получать информацию о предоставляемых Исполнителем услугах;

4.2.4. выбирать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости Исполнителя в связи с оказанием услуг другим Пациентам;

4.2.5. ознакомиться с документами, подтверждающим право Исполнителя на оказание стоматологических услуг;

4.2.6. на сохранение в тайне информации о своем здоровье.

**4.3. Исполнитель обязан:**

4.3.1. оказать Пациенту качественные услуги, в соответствии с поставленным диагнозом, медицинскими показаниями и согласованным планом лечения;

4.3.2. использовать методики, технологии, материалы, оборудование, разрешение к применению на территории РФ;

4.3.3. предоставить Пациенту достоверную информацию об оказываемых ему услугах;

4.3.4. информировать Пациента о возможности недостаточного клинического эффекта оказанных услуг, связанного в том числе с несоблюдением Пациентом указаний, предписаний и рекомендаций Исполнителя;

4.3.5. устранить недостатки оказанных услуг, возникшие по вине Исполнителя, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течении гарантийного срока.

**4.4. Исполнитель имеет право:**

4.4.1. самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента;

4.4.2. в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять и выполнять манипуляции, в том числе и не предусмотренные настоящим Договором;

4.4.3. отказаться от оказания услуг и в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор при наличии следующих обстоятельств:

* выявлении у Пациента противопоказаний к данному виду услуги;
* невыполнении Пациентом предписаний и рекомендаций Исполнителя;
* неявке Пациента на прием или контрольный осмотр в назначенное время;
* несвоевременной и(или) неполной оплате Пациентом оказанных услуг;

4.4.4. при изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть Договор;

4.4.5. требовать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения;

4.4.6. отказать в приеме (или переназначить) Пациента (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:

* если у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания;
* нахождения Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
* если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;
* требования Пациентом оказания услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в «Медицинской карте стоматологического больного»;
* при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других Пациентов;

**5. ГАРАНТИЙНЫЙ СРОК. СРОК СЛУЖБЫ**

 5.1. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течении одного года с момента оказания услуг, принятия работ (в течении гарантийного срока).

 5.2. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить существенные недостатки оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течении двух лет с момента оказания услуг, принятия работ (в течении срока службы). В течение срока службы Исполнитель обязуется обеспечивать Пациенту возможность использовать результаты работ по назначению.

5.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.4. Пациент осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

* строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний Исполнителя;
* явка на прием в срок;
* предоставление Исполнителю точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о лечении, предшествовавшем обращению к Исполнителю;
* информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, влючая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;
* соблюдение гигиены полости рта и явка на назначенные профилактические осмотры.

5.5. Гарантийные обязательства выполняются Исполнителем в полном объеме в случае, если у Пациента отсутствуют либо не возникают вновь такие состояния организма, которые прямо либо косвенно влияют, либо могут повлиять на состояние полости рта, как-то – длительный прием лекарств, воздействие вредных факторов, заболеваний и состояний (остеопороз, новообразования, беременность и т.п.).

5.6. Исполнитель не несет гарантийных обязательств перед Пациентом в следующих случаях:

* при лечении зубов, ранее подвергшихся эндодонтическому лечению;
* при невозможности проведения или отказе Пациента от проведения диагностических, измерительных, контрольных снимков;
* при отказе или несогласии Пациента с планом лечебных и профилактических мероприятий, предложенных Исполнителем;
* при несогласии Пациента с рациональным планом протезирования, предложенным в соответствии с расчетом выносливости пародонта опорных зубов, учитывая данные исследований;
* при просьбе Пациента о лечении и протезировании зубов со сложным периодонтальным прогнозом (деструкция формы периодонтита, невозможность перелечивания корневых каналов зуба и др.);
* при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ;
* при установке протеза, изготовленного специалистами других лечебных учреждений;
* при починке съемного протеза, изготовленного специалистами другого лечебного учреждения или с истекшим сроком гарантии;
* при прекращении лечения по инициативе Пациента;
* при возникновении осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначенного лечения, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях и др.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Ответственность Сторон при несоблюдении либо ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему Договору определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

 7.2. Настоящий Договор действует до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 7.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора является «Медицинская карта стоматологического больного» Пациента, Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

 7.4. Хранение медицинской документации осуществляется Исполнителем. По письменному заявлению Пациента Исполнитель предоставляет Пациенту копии медицинской документации.

 7.5. По всем остальным, не урегулированным настоящим Договором, вопросам, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

 7.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющий равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель****ООО «ВЕРАДЕНТ»** **ИНН**: 5506180967 **КПП**: 550601001 **ОГРН**: 1195543031507 **Адрес**: 644001 г. Омск, ул. Масленникова, д. 167, пом. 1П **Тел**.: +7 (3812) 366-658, **сот**.: +7 (999) 453-57-16 **р/с**: 40702810623050006062 ФИЛИАЛ «НОВОСИБИРСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК» **БИК**: 045004774 **к/с**: 30101810600000000774 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Воронов А.В./  (подпись)М.П. | **Пациент****ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.,зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон: +7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (расшифровка подписи) |