Д О Г О В О Р
возмездного оказания медицинских услуг № ____

г. Тюмень **«___» _____ 20__г.**

_____, именуем___ в дальнейшем **«Заказчик»,** дата рождения «___»_____ _____ г., паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____ «____»_____ ____ г. к.-п. _____,
проживающ___ по адресу: _____,
с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Доктор - Дент» (ООО «Доктор-Дент»)**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, *(Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 72 № 002177507 от 26.04.2012 г., регистрирующий орган: Межрайонная ИФНС № 14 по Тюменской области)*, в лице **директора Мирошниченко Виктории Владиславовны**, действующей на основании Устава и Лицензии ЛО-72-01-001397 от 18.12.2013 г., (*вид лицензируемой деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, рентгенологии, стоматологии, стоматологии ортопедической, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии общей практики),* выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенным по адресу: г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8 (тел.: +7-3452-569-400), с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг **(далее – «Договор»),** о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика обязуется оказать ему необходимый перечень платных медицинских стоматологических услуг, предоставляемых Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности: - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации сестринского дела, рентгенологии, стоматологии, стоматологии ортопедической, сестринскому делу; - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии общей практики (далее - «медицинские услуги»), а Заказчик обязуется принять указанные услуги и оплатить их стоимость, в порядке и сроки, установленные Договором.

1.2. Необходимый перечень платных стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с договором, согласовывается сторонами путем подписания плана лечения (Приложения), являющегося неотъемлемой частью настоящего договора с момента согласования Заказчиком.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Медицинские стоматологические услуги пациент может получить на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в государственном учреждении здравоохранения.

2.2. При первичном обращении пациента в ООО «Доктор-Дент» с ним заключается договор на оказание платных медицинских стоматологических услуг, оформляется медицинская карта стоматологического больного, составляется план лечения, производятся иные необходимые мероприятия.

2.3. Медицинская карта стоматологического пациента является собственностью ООО «Доктор-Дент». Она хранится в регистратуре в течение 5 лет, а далее в его архиве.

2.4. Необходимым условием исполнения договора является согласие Заказчика с предложенным планом лечения, оформленное подписью Заказчика в медицинской карте (информированное добровольное согласие). Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Заказчик достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство. Подписание заказчиком информированного добровольного согласия подтверждает, что он ознакомлен с процедурой оказания услуг и прейскурантом Исполнителя.

2.5. Подписанием настоящего договора Заказчик подтверждает, что до его подписания Заказчик ознакомлен со сведениями о наименовании Исполнителя, местонахождении, режиме работы, ознакомлен с лицензией, с правилами предоставления медицинских услуг, с перечнем платных медицинских услуг их стоимостью, об условиях и сроках предоставления и получения услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, с гарантийными сроками и сроками службы при оказании стоматологических услуг, с правилами поведения в помещении Исполнителя, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, размещенными на информационном стенде, на официальном сайте Исполнителя **doktordent72.ru** в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Заказчик имеет право:

3.1.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

3.1.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

3.1.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.1.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3.1.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

3.1.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

3.2. Заказчик обязан:

3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.

3.2.2. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении.

3.2.3. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

3.2.4. Полностью оплатить предоставленные медицинские услуги в соответствии с раздело 4 настоящего договора.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Требовать от Заказчика предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

3.3.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

3.4. Исполнитель обязан:

3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

3.4.2. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение срока указанного в раздел 6 настоящего договора, с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании плана лечения согласно утвержденному прейскуранту Исполнителя (Приложение).

4.2. Сроки оплаты:

4.2.1. Заказчик оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу Исполнителя по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

4.2.2. За срочные и сверхурочные работы дополнительно к цене прейскуранта взимается плата в размере от 30 – 100% цены работ по прейскуранту.

4.2.3. Перед началом протезирования с Заказчика взимается аванс не менее 30% от общей стоимости работ и материалов.

4.2.4. Перед началом ортодонтического, пародонтологического лечения, операции имплантации с Заказчика взимается аванс в размере не менее 50% от общей стоимости работ и материалов.

4.3. Оплата производится наличными рублями в кассу Исполнителя. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы). Возможна оплата по безналичному расчету и через терминал.

4.4. Оказанные в соответствии с п. 2.4 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком по расценкам действующего прейскуранта.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если: - при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Заказчика, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

5.2. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

5.3. Заказчик несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

5.4. За несвоевременную оплату предоставленных услуг Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,5 % от общей стоимости работ за каждый день просрочки.

5.5. Все споры и разногласия по настоящему договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, в случае не достижения сторонами согласия в 30-дневный срок с момента получения письменной претензии стороны, спор разрешается в судебном порядке.

6. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

6.1. Исполнитель устанавливает гарантийный срок на услуги терапевтической стоматологии – от 12 до 24 месяцев, ортопедической стоматологии – от 12 до 18 месяцев, согласно норм Положения о гарантийных сроках и сроках службы, разработанным и утвержденным врачебной комиссией ООО «Доктор Дент» с которым можно ознакомиться на информационном стенде Исполнителя или на официальном сайте Исполнителя **doktordent72.ru** в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет».

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно:- по взаимному соглашению Сторон;- в судебном порядке при нарушении условий Договора;- в одностороннем порядке;- при прекращении деятельности индивидуального предпринимателя или юридического лица;- в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор заключен на 5 (пять) лет.

8.2.Если ни одна из сторон не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания срока действия договора, в письменном виде не заявит о его расторжении, договор считается продленным на неопределенный срок.

8.3. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

8.4. К отношениям, связанным с исполнением настоящего договора, применяются положения ФЗ «О защите прав потребителей».

8.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

_____
_____
_____
_____

10**. Реквизиты и подписи сторон.**

Обществоство с ограниченной ответственностью «Доктор - Дент»

ОГРН 1127232021223
ИНН 7203277522
625015г.Тюмень,ул Малиновского 5Б / 8
Телефон (3452) 44-10-30
Факс (3452) 44-10-60

Директор

_____(**В.В.Мирошниченко)**

м. п.

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____

Прописан(а):индекс_____республика/область/край_____
Населенный пункт_____,ул. _____,д. _____, корпус _____ кв. _____.

Телефон дом._____ сот. _____

Паспорт серия _____ номер _____
выдан _____
_____ когда_____

_____(_____)