***ООО «С-Клиник»***

**ДОГОВОР**

**на оказание стоматологических услуг**

г.Ростов-на-Дону «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью «С-Клиник», находящееся по адресу: 344113 Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, пр-кт Космонавтов, д.№32В/21В, этаж 2, комната 5, ОГРН 1176196006282, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией № ЛО-61-01-007884 , дата регистрации 06.10.2020 г. (действующей бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Ростовской области 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1й Конной Армии 33, [8 (863) 242-30-96](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwdir0NwjAUhEWLxA5uqPPsQGxnBFagihWgoKEMXYJEzSohIsL8xDPc2wjj5r77dDdfZIdMSrc-HU1xdjQrl9SsaJc7W5m9UY4qqUtqrNKk65qczUmaQm22-MJjgueOLxi5TRwQBJ54cIv-Lwh8TX3CmM43ETWkb8DAHd6RLxHjjg_6NPgfqJdPkw&q=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9+%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8&oq=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BF%D0%B8%D1%8F+%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82&aqs=chrome.1.69i57j46i13i175i199i512j0i13i512l7.11731j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)). Перечень услуг согласно приложению: **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 специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии хирургической; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, сестринскому делу в стоматологии; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической** , именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Сойтонен А.Н., действующего на основании устава, с одной стороны, и гражданина(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. потребителя, либо законного представителя потребителя полностью)*

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», **действующий в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Ф.И.О. несовершеннолетнего либо недееспособного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Потребителя)*

именуемый в дальнейшем «**Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязанности по предоставлению платных стоматологических услуг в условиях амбулаторно-поликлинического приёма (далее по тексту – медицинская услуга) в соответствии с требованиями, предъявляемыми к способам диагностики, профилактики и методам лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязуется оказанную услугу оплатить на условиях настоящего договора.

**2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ГАРАНТИИ**

2.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами условий договора.

2.2. В случае исполнения Потребителем всех требований, назначений и рекомендаций Исполнителя, срок гарантии на оказываемую услугу составляет 12 месяцев со дня оказания медицинской услуги.

2.3. Гарантия прерывается и не возобновляется, если Потребитель за оказанием стоматологической помощи обратился в другую клинику, а так же по другим основаниям, предусмотренным настоящим договором и законодательством.

**3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется их объемом и характером и определяется как сумма всех услуг, оказанных Потребителю Исполнителем в рамках настоящего договора.

3.2. При каждом посещении Потребителя его лечащего врача составляется квитанция-договор об оказанных медицинских услугах, в которой отражается наименование оказанных Пациенту услуг и их стоимость, которая является неотъемлемой частью настоящего договора, а так же основанием оплаты Потребителем услуг Исполнителя.

3.3. Оплата услуг осуществляется Потребителем внесением денежных средств в кассу Исполнителя.

3.3.3. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем в связи с проведённой операцией имплантации, оплачивается Пациентом при каждом посещении врача (перевязки, осмотры, доп. методы диагностики и т. д.).

3.4. Стоимость лечения определяется исходя из согласованного с пациентом плана лечения и в соответствии с прайс листом, действующим на момент оказания услуг

3.5 Консультативные, диагностические услуги и оперативные вмешательства оказываются по записи, исходя из конкретной клинической ситуации Потребителя и с учетом материально-технической возможности Исполнителя, загруженности приема Врача.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

***4.1. Исполнитель обязан:***

4.1.1. Информировать Пациента в доступной для него форме под роспись в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство о возможности развития осложнений как в период лечения, так и в реабилитационный период и в последующее время.

4.1.2. Согласовать с Пациентом план лечения под роспись.

4.1.3. Результаты осмотра и выводы, развитие возможных осложнений отразить в Медицинской карте стоматологического больного.

4.1.4. Выполнять услуги надлежащего качества в согласованные с Пациентом сроки в соответствии с планом лечения, отражённым в медицинской карте Пациента.

4.1.5. При необходимости предложить Пациенту пройти дополнительное обследование и консультации у специалистов Исполнителя и/или иного специалиста для уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения.

4.1.7. Поставить в известность Пациента о возникших в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении, уменьшению продолжительности срока гарантии. Изменение плана лечения отражать в Медицинской карте стоматологического больного.

4.1.7. Все манипуляции, диагностические и лечебные вмешательства проводить в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и состоянием здоровья Пациента на момент оказания услуги.

***4.2. Исполнитель имеет право:***

4.2.1. Требовать выполнения Пациентом условий настоящего договора.

4.2.2. В случае отсутствия лечащего врача назначить другого врача для проведения лечения.

4.2.3. Отказать в приёме Пациента, находящегося в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, а также при наличии и выявлении противопоказаний к проведению медицинского лечения.

4.2.4. Отказать в приёме Пациента, который настаивает на конструкции или особенностях лечения, которые по медицинским показаниям недопустимы.

***4.3. Пациент имеет право:***

4.3.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

4.3.2. Предъявить требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий договора, либо обоснованного возврата денежных сумм за не оказанные услуги;

4.3.3. Отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов (ст. 782 ГК РФ). Расчет расходов производится бухгалтерией Исполнителя. Отказ от лечения с указанием возможных последствий оформляется записью в Медицинской карте стоматологического больного и подписывается Пациентом и врачом. По соглашению сторон возврат может быть произведен за счет уменьшения стоимости услуг, предоставления дополнительных услуг без оплаты возвращения аванса.

***4.4. Пациент обязан:***

4.4.1. Подписать Информированное согласие на оказание медицинской помощи, объективно отразить информацию о состоянии своего здоровья, представленной в Медицинской карте стоматологического больного и других документах на оказание медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора.

4.4.2. Расписаться в своём консультационном заключении после согласования с ним плана лечения.

4.4.3. Своевременно оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора.

4.4.4. Являться на прием в установленные дни и время для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков. О невозможности явки сообщить по телефону 8(863)**320-02-07** (ООО «С-Клиник», ул. Каяни 12) не менее чем за 12 часов до приёма.

4.4.5. Выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача.

4.4.6. Немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в ходе лечения. Сообщать об изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении врача.

4.4.7. Выполнять все врачебные рекомендации по гигиене полости рта и профилактическому уходу за ортопедическими конструкциями и имплантатами.

4.4.8. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе пользования протезами, включающими имплантаты, незамедлительно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений и не исправляя недостатки самостоятельно.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За достоверность предоставленной Пациентом информации Исполнитель ответственности не несёт.

5.2. В случае сокрытия Пациентом информации о перенесенных заболеваниях, а также о наличии инфекционного заболевания или иных сведений о неудовлетворительном состоянии здоровья, Исполнитель имеет право на полное возмещение вреда, нанесенного Пациентом врачам и другим лицам, находящимся в поликлинике, даже если имелась угроза их здоровью, которая не повлекла неблагоприятных последствий.

5.3. Пациент предупреждён и соглашается с тем, что операция имплантации по настоящему договору не может быть проведена Исполнителем без выполнения Пациентом требований п. 4.4.1.-4.4.3. настоящего договора.

5.4. Исполнитель гарантирует соблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также безопасность применяемых материалов.

5.5. В случае непредвиденного отказа от операции Исполнитель возвращает Пациенту уплаченную сумму, за вычетом консультативно-диагностических услуг.

5.6. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом и срок гарантии прекращается в случаях:

5.6.1. возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья);

5.6.2. возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в карте здоровья;

5.6.3. прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента;

5.6.4. если Пациент предоставил недостоверную информацию об общем состоянии здоровья.

5.6.5. осложнений, возникших по причине неявки Пациента в указанный срок;

5.6.6. переделок и исправлений работы в другом лечебном учреждении или самостоятельно.

**6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительного соглашения к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.3. Стороны договорились, что факсимильное воспроизведение подписи является допустимым в рамках настоящего договора

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Отсутствие ожидаемого Пациентом результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые действия, не является основанием для признания медицинской услуги ненадлежащей.

7.2. Споры, возникшие между сторонами, разрешаются по соглашению сторон либо в судебном порядке при соблюдении досудебного претензионного порядка: срок рассмотрения претензии не может превышать 30 дней.

7.3. Медицинские документы по запросу Потребителя будут выданы при личном получении по предъявлении паспорта, а законному представителю Потребителя паспорта и предъявлении документа, подтверждающего его статус, сроком не позднее 7 календарных дней, с момента обращения

**Пациент: Исполнитель:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О.:\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  постоянная регистрация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИНН 6161080576 , ОГРНЮЛ 1176196006282  Расчетный счет: 40702810752090002654  Банк: ЮГО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК  БИК: 046015602  Кор. Cчёт: 30101810600000000602  344113 Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, пр-кт Космонавтов, д.№32В/21В, этаж 2, комната 5  Фактический адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Каяни 12/92  Директор ООО «С-Клиник»:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Сойтонен А.Н./ |