ДОГОВОР

оказания стоматологических услуг № _____

{Дата полная} **г. Тобольск Тюменской области**

Общество с ограниченной ответственностью «ТЕОдент», осуществляющее медицинскую деятельность на основании **Лицензии № Л041-01107-72/00296700 от 14.01.2015 г.** (при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу, ортопедической стоматологии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе при осуществлении специализированной медицинской помощи по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, выдана Департаментом здравоохранения Тюменской области, бессрочная), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице **директора Емельяновой Ольги Васильевны**, действующей на основании Устава с одной стороны, и **{Фамилия Имя Отчество}**, именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик» (Пациент)** с другой стороны, заключили Договор об оказании стоматологических услуг.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги согласно плану стоматологического лечения в рамках и объеме Перечня предоставляемых услуг, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги в соответствии с Прейскурантом цен, утвержденных исполнителем. Дата услуги, фамилия врача, обеспечившего услугу, наименование услуги, стоимость ее, гарантийный срок, срок службы указываются в Акте приема выполненных работ.

1.2. При заключении Договора Заказчику (Пациенту) предоставлены в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи, о порядках и стандартах медицинской помощи, о профессиональном образовании и квалификации медицинских работников, обеспечивающих услугу и другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (Пациента) и согласия его получить медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

2.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю достоверную информацию и сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью, сведения необходимые для заполнения Амбулаторной истории болезни стоматологического больного и иной медицинской документации.

2.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны, сохранность персональных данных Заказчика в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.5. Заказчику(Пациенту) предоставляется в устной форме полная информация о состоянии его стоматологического здоровья, о методах лечения, о связанных с ними рисками, преимуществах и недостатках различных планов лечения, о ходе лечебного процесса и иных аспектах, относящихся к получению медицинской услуги, о возможных результатах проведенного лечения, о сроке гарантии на услугу и возможном сроке службы.

2.6. Медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство, Согласия Пациента на обработку своих персональных данных Исполнителем в полном объеме и способами, указанными в п1,3 ст.3, ст11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

НЕ КОПИРОВАТЬ

2.7. Заказчик (Пациент) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результат оказываемых медицинских услуг, сообщает о перенесенных и (или) имеющихся других заболеваниях, аллергических реакциях на лечебные препараты. Ответственность за непредоставление врачу указанных сведений несет Заказчик (Пациент).
2.8. Исполнитель предоставляет услуги по предварительной записи на прием путем получения талона заказчиком у медицинского регистратора. Заказчик (Пациент) является на прием к врачу в установленное время, указанное на талоне или оговоренное с медицинским регистратором. При невозможности явиться на лечение в установленное время информирует об этом Исполнителя заблаговременно, соблюдает Правила внутреннего распорядка, этику и культуру поведения в общественных местах.
2.9. Исполнитель обязан отражать результаты обследования, предварительный диагноз, план лечения, ход и результаты лечения в Амбулаторной истории болезни стоматологического больного (Заказчика).
2.10. Рентгеновские снимки являются неотъемлемой частью «Амбулаторной истории болезни» и выполняются с целью установки диагноза и контроля качества проведенного лечения и других целей.
2.11. Получение медицинской услуги подтверждает Акт выполненных услуг.
2.12. Исполнитель несет ответственность только за фактически оказанную услугу в сроки гарантийного обязательства.
2.13. Исполнитель в целях улучшения качества обслуживания пациентов и возможности проведения его анализа и контроля ведет в помещениях организации видео-аудио наблюдение.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель **обязан:**
- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества;
- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о плане обследования и лечения, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов;
- информировать Пациента до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе диагностических манипуляций и лечения;
- получить информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство;
- ознакомить Пациента со стоимостью лечения, а при изменении плана и/или стоимости лечения проинформировать Пациента и получить дополнительное согласие на измененные этапы лечения.

3.2. Исполнитель **имеет право:**
- самостоятельно решать все вопросы, связанные с проведением диагностических мероприятий и техникой лечения, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента;
- в одностороннем порядке вносить изменения в прейскурант стоматологических услуг;
- отложить и отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае возникновения у Пациента противопоказаний;
- при грубых нарушениях Пациентом врачебных назначений, некорректном поведении последнего по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке в клинику в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при нарушении условий Договора – отказать Пациенту в приеме как в день, назначенный для проведения процедуры, так и впредь, за исключением ситуаций, требующий экстренного врачебного вмешательства.

3.3. Пациент (Заказчик) **обязан:**

НЕ КОПИРОВАТЬ

- своевременно сообщать Исполнителю всю достоверную информацию, необходимую для планирования и осуществления лечения;
- неукоснительно выполнять все врачебные назначения и рекомендации;
- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения;
- вести себя корректно по отношению к сотрудникам Исполнителя;
- своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа до времени приема;
- входить в лечебные кабинеты исключительно в бахилах и без верхней (уличной) одежды;
- полностью оплатить услуги, оказанные Исполнителем, на условиях и в сроки, указанные в п.4 Договора.

3.4. Пациент (Заказчик) **имеет *право*:**
- на предоставление информации о плане обследования и лечения;
- ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем;
- на выбор дня и времени явки на прием в соответствии с режимом работы Исполнителя с учетом расписания работы и занятости времени персонала Исполнителя;
- Пациент имеет право в любой момент отказаться от SMS информирования путём письменного отказа в свободной форме.

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего на момент оказания услуги у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

4.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания этой услуги, иной порядок может быть установлен для ортопедических услуг путем поэтапной оплаты полной стоимости лечения. Заказчик знакомится с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

4.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

4.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. По требованию Заказчика может быть составлена смета платной медицинской услуги.

4.5. По всем гарантийным случаям работы выполняются безвозмездно.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение правил гигиены полости рта, рекомендаций и соблюдений профилактических мероприятий по сохранению результатов полученного лечения (рекомендуется являться на профилактические осмотры не реже чем один раз в шесть месяцев).

6.ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

НЕ КОПИРОВАТЬ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует по 31 декабря текущего года. В случае отсутствия письменно подтвержденного намерения со стороны Заказчика расторгнуть данный Договор, Договор считается ежегодно автоматически пролонгированным.
7.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному - для каждой из сторон.
7.3. Амбулаторная истории болезни стоматологического больного хранится медицинской организацией в течении пяти лет после последнего обращения Заказчика за медицинской услугой, далее может передаваться в архив.
7.4. От имени Исполнителя процедуру заключения Договора, оформления титульного листа Амбулаторной истории болезни стоматологического больного, обязательных документов пп 3.6. уполномочен проводить медицинский регистратор.
7.5. Пациент согласен на SMS информирование по каналам связи.

8.ПОДПИСИ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил Заказчика(Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, профилактики; эксплуатации и применения Заказчиком могут снизить качество предоставленной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения или отрицательно сказаться на состоянии общего и стоматологического здоровья Заказчика.

9. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «ТЕОдент»
ИНН/КПП: 7206028757 / 720601001
Директор: Емельянова О.В.
Адрес: 10 микрорайон, дом № 6/1, г. Тобольск Тюменской области
Надзорный орган: Департамент здравоохранения Тюменской области ОГРН: 1047200151437, г. Тюмень, ул. Малыгина 48, тел. 8(3452) 55-78-00
Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01107-72/00296700 от 14.01.2015 г.
Телефон: 8 (3456) 277-122
Сайт: teo-dent.ru, **e-mail:** teodent@ya.ru

От имени исполнителя
Медицинский регистратор на основании доверенности № 3 от 30.08.2023г.

_____ {Фамилия И.О. Ответственного}
подпись

ПАЦИЕНТ:

Гражданин(ка): {Фамилия Имя Отчество}
Дата рождения: {Дата рождения}
Паспорт: {Паспорт}
Адрес: {Адрес регистрации}
Телефон: {Телефоны}

Email:
_____

✓ _____ {Фамилия И.О.}
подпись

м.п.

НЕ КОПИРОВАТЬ