

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных стоматологических услуг

«__» _____ 20__ г.

г. Казань

ООО «ДинастиМед», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице директора Березина Константина Алексеевича, действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО41-01181-16/00661329 от 5 июля 2023 года выдана Министерством здравоохранения Р.Т с одной стороны, и _____ именуемый (ая) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее по тексту «Договор») о порядке и условиях предоставления Пациенту платных стоматологических услуг.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги (далее по тексту «услуги») в соответствии с предварительным обследованием и планом лечения согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Пациент обязуется оплатить их стоимость в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным Исполнителем.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- 1) Осуществить в оговоренное сторонами время осмотр врачом пациента для установления предварительного диагноза и составления плана лечения. План лечения является неотъемлемой частью договора, отражается в медицинской карте.
- 2) Сохранить конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные в результате обследования и лечения.
- 3) Обеспечить качественное исполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана лечения.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 1) Допустить с согласия Пациента по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения, а при отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий - направить Пациента в иную специализированную стоматологическую организацию.
- 2) Отказать в оказании услуги в следующих случаях: при наличии у Пациента медицинских противопоказаний; если требуемое Пациентом лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для него; если Пациент находится в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или в состоянии здоровья, недопустимого для проведения стоматологического лечения.
- 3) Взимать предоплату в счет причитающихся платежей за ортопедическое, ортодонтическое и имплантологическое лечение – не менее 50% от предварительно согласованной суммы заказа.

2.3. Пациент обязуется:

- 1) Производить оплату услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Пациент ознакомился перед заключением настоящего договора.
- 2) Являться на прием в установленное время. При опоздании более чем на 20 минут обязательно предупреждать регистраторов по телефону и не менее чем за 24 часа о невозможности явки на прием.
- 3) При оформлении первичной медицинской документации максимально точно заполнить Анкету здоровья, сообщив врачу достоверную информацию о перенесенных или имеющихся заболеваниях, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными.
- 4) Заявлять об обнаружении недостатков при принятии выполненной работы, ее отдельного этапа или в ходе выполнения работы, в противном случае работа считается выполненной надлежащим образом.
- 5) Внимательно изучить и, при отсутствии возражений, подписать «Информированное добровольное согласие», являющееся неотъемлемой частью медицинской документации.

2.4. Пациент имеет право:

- 1) Ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, в том числе с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «ДинастиМед»
- 2) Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой произведенного лечения. В данном случае предоплата на приобретение расходных материалов и изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается. В случае отказа от дальнейшего лечения Пациент подписывает Отказ от медицинского лечения, стороны подписывают Акт о расторжении настоящего Договора.
- 3) Помимо указанных в договоре прав, Пациент обладает всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3. СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Срок начала оказания услуг – дата первичного приема, занесенная в медицинскую карту. Сроки окончания работ определяются врачом по согласованию с Пациентом и целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента и не могут быть заранее точно определены, но в любом случае будут отвечать требованиям разумности при проведении аналогичного вида услуг у большинства пациентов.

3.2. Оплата протезов происходит согласно договору протезирования зубов.

3.3. Скидки по дисконтным картам не действует на стоматологическую имплантацию, ортодонтию, протезирование на имплантатах, драгоценных сплавах и оксиде циркония и люминиры.

3.4. Срок действия плана лечения – 1 месяц. Если лечение не начато в указанные сроки, возможно изменение стоимости лечения. В этом случае, Исполнитель обязан уведомить Пациента об изменении стоимости лечения.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

Исполнитель несет ответственность за качество выполняемых услуг по настоящему договору, за причинение вреда здоровью Пациенту по вине врача Исполнителя.

Ограничение ответственности Исполнителя наступает в следующих случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказе от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения);

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Анкете общего состояния здоровья;

- прекращения (незавершения) лечения по инициативе Пациента;

- за нарушение сроков исполнения обязательств, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на прием к лечащему врачу;

- возникновение осложнений и другие побочных эффектов медицинского вмешательства, возникших 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.

Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Исполнитель на оказанные услуги, устанавливает гарантийные сроки и сроки службы согласно действующему «Положению о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «ДинастиМед»

5.2. В случае возникновения споров или разногласий при исполнении настоящего Договора письменный порядок урегулирования споров и разногласий обязателен для Сторон договора.

5.3. В том случае, если стороны не договорятся о разрешении возникших разногласий, они подлежат разрешению в судебном порядке соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5.4. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

5.5. Все изменения и дополнения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме – дополнительным соглашением к Договору и подписаны обеими сторонами.

5.6. Договор составлен на 2 стр., в двух экземплярах – по одному каждой стороне, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «ДинастиМед»

Адрес: 420055, г. Казань, ул. Свободная, д.7

ИНН: 1655449543 КПП 165501001

ОГРН 1201600088711

Тел. 8(966)260-22-21

Директор

К.А.Березин

ПАЦИЕНТ:

Место регистрации: _____

Паспорт, серия _____ № _____, выдан _____

Подпись: _____