

ДОГОВОР

на оказание стоматологических услуг

город Смоленск

Общество с ограниченной ответственностью «Тари - Мед»

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

действующего на основании устава и лицензии № ЛО-67-01-001173 от 25.11.2016, выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению, находящийся по адресу ул. Ленина, д.1, тел. 29-22-01, на осуществление доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, рентгенологии, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе специализированной медицинской помощи по стоматологии терапевтической; стоматологии ортопедической, с одной стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», руководствуясь Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", а также условиями лицензирования Исполнителя, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику стоматологические услуги, согласно приложению 1, а Заказчик обязуется оплатить стоимость оказываемых услуг в установленном настоящим договором порядке.

³⁵₁₇ Лечащий врач назначается Исполнителем с согласия Заказчика при заключении договора. По соглашению Сторон может быть произведена замена лечащего врача, о чем в амбулаторной карте Заказчика должна быть сделана соответствующая запись.

2. Сроки оказания услуг

2.1. В зависимости от объема и сложности согласованного Сторонами плана лечения Исполнитель обязуется оказывать:

³⁵₁₇ услуги терапевтической стоматологии - в срок от _____ до _____ календарных дней;

³⁵₁₇ услуги ортопедической стоматологии - в срок от _____ до _____ календарных дней;

(нужное подчеркнуть)

³⁵₁₇ Начало течения срока оказания услуги определяется моментом подписания договора.

³⁵₁₇ В том случае если планом лечения предусмотрено несколько видов стоматологических услуг, сроки их оказания не суммируются, но исчисляются для каждой услуги отдельно.

- В том случае в процессе лечения станет очевидно, что ввиду сложности манипуляций либо по иным объективным причинам услуги не будут оказаны в срок, Стороны обязуются составить и подписать дополнительное соглашение к настоящему договору, предусматривающее новые сроки оказания услуг.
- Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков оказания стоматологических услуг, если причиной их нарушения явилось неисполнение либо ненадлежащее исполнение Заказчиком условий настоящего договора (неоплата либо несвоевременная оплата оказываемых Исполнителем услуг, неоднократная неявка на прием в согласованное Сторонами время и т.д. и т.п.).

3. Права и обязанности Сторон

3.1. **Исполнитель обязуется:**

- провести в заранее согласованное с Заказчиком время собеседование и обследование Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимых стоматологических услуг;
- результаты обследования, диагноз и план лечения отразить в амбулаторной карте;
- ознакомить Заказчика с вариантами лечения и прейскурантом, согласовать план лечения. План

- лечения считается согласованным после его подписания лечащим врачом и Заказчиком;
- обеспечить оказание Заказчику услуг надлежащего качества;
 - своевременно ставить Заказчика в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и возможных осложнениях;
 - своевременно получать согласие Заказчика на медицинское вмешательство;
 - соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну.
- 3.2. **Исполнитель имеет право:**
- 3.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, если:
- 3.2.1.1. лечение может вызвать неблагоприятные последствия для здоровья Заказчика;
- 3.2.1.2. отсутствует необходимая для оказания стоматологических услуг материально-техническая база;
- отказать Заказчику в лечении в случае, если последний явился на прием в состоянии опьянения;
 - приостановить оказание услуг, если Заказчик не исполняет либо исполняет ненадлежащим образом свои обязательства по настоящему договору.
- 3.3. **Заказчик обязуется:**
- предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Всю ответственность за последствия непредставления либо предоставления неполной или недостоверной информации о состоянии своего здоровья несет Заказчик;
 - до начала оказания услуг заполнить «Анкету состояния здоровья» (Приложение № 4), являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора;
 - своевременно сообщать Исполнителю обо всех изменениях в состоянии здоровья, а также о принимаемых лекарственных препаратах;
 - являться на прием в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием в согласованное ранее время, Заказчик обязан предупредить Исполнителя об этом не менее чем за 24 часа.
 - выполнять все указания лечащего врача, содержащиеся в амбулаторной карте;
 - соблюдать гигиену полости рта;
 - являться на профилактические осмотры не реже одного раза в 6 месяцев либо в иные сроки, которые могут быть указаны в приложениях к настоящему договору либо амбулаторной карте;
 - производить оплату услуг в соответствии с условиями настоящего договора.
- 3.4. **Заказчик имеет право:**
- получать полную и достоверную информацию о состоянии рта и проводимом лечении;
 - получать услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора;
 - отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю объема оказанных к моменту отказа услуг.
- 3.5. Помимо указанных в настоящем договоре Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

- Стоимость услуг определяется Исполнителем на основании утвержденного им прейскуранта. **Предварительно** определенная Исполнителем стоимость услуг указывается в Протоколе согласования договорной цены (Приложение № 2), который должен быть подписан Сторонами до начала оказания услуг. **Окончательно** определенную стоимость части согласованного объема услуг Исполнитель доводит до сведения Заказчика по завершении каждого сеанса лечения.
 - Заказчик производит оплату оказанных ему услуг по результатам каждого сеанса лечения. Если план лечения предусматривает проведение ортопедических работ, такие работы оплачиваются следующим образом:
50 % стоимости работ - предоплата;
50 % стоимости работ - в день установки протеза (протезов) либо окончательного выполнения плана лечения.
Предоплату Заказчик обязан внести в день согласования Сторонами объема и стоимости указанных видов работ.
- 4.3. Заказчик оплачивает оказанные ему услуги наличными денежными средствами. Исполнитель обязан выдать Заказчику документ, подтверждающий факт оплаты.

5. Качество услуг

- Исполнитель гарантирует Заказчику оказание стоматологических услуг надлежащего качества.
- В соответствии с п. 6 ст. 5 Закона РФ от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» установление гарантийного срока является правом, а не обязанностью Исполнителя.
- Продолжительность гарантийных сроков, условия гарантийного обслуживания, а также

обстоятельства, исключающие возможность такого обслуживания, указываются Исполнителем в Акте об оказанных услугах (Приложение № 3), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, а также невыполнения рекомендаций лечащего врача, вероятность которых не могут полностью исключить используемые методы диагностики, лечения и технологии, не являются недостатками качества услуг и расцениваются как непрогнозируемый исход.

6. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров

- В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством Российской Федерации.
- Все споры и разногласия, могущие возникнуть в связи с исполнением настоящего договора, Стороны обязуются разрешать в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7. Заключительные положения

- Подписание Заказчиком настоящего договора означает, в том числе, дачу им согласия на обработку Исполнителем всех персональных данных, предоставляемых Заказчиком в связи с заключением и исполнением настоящего договора.
- Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
- Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, оформленному в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- Настоящий договор составлен на трех листах в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель	Заказчик
ООО "Тари-Мед" Смоленская область, г. Смоленск, ул. Петра Алексеева 22\72 ОГРН 1126732009293 ИНН 6732040771 КПП 673201001 Р.С : 40702810500630003873 ЕГРЮЛ:1126732009293 от 17.07.2012, зарегистрированный в Инспекции Федеральной Налоговой Службы по г.Смоленску	
Директор _____ МП	Подпись заказчика _____

С прейскурантом цен на стоматологические услуги ознакомлен _____

**Приложение №4 к договору на оказание стоматологических услуг
ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ ПЕРВИЧНОГО ПОСЕЩЕНИЯ (ПАЦИЕНТА)**

Фамилия, имя, отчество пациента

Пол: "М", "Ж". Возраст (полных лет)

Пользовались ли Вы ранее услугами стоматолога: (подчеркните нужный вариант) "Нет", Да: "Менее 1 года назад", "Менее 5 лет назад", "Более 5 лет назад".

Следующая информация очень важна для того, чтобы мы смогли обеспечить Вас стоматологической помощью, в соответствии с состоянием Вашего здоровья, наиболее эффективно и безопасно. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Вам необходимо ответить на каждый вопрос. Если вопрос не понятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с Вашим врачом.

1.Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача: "НЕТ", "ДА", (если "ДА", укажите по какой причине)

2. Все ли лекарства или продукты Вы хорошо переносите: "ДА", "НЕТ" Если "НЕТ", то укажите: каждое лекарственное средство или продукт, на которые отмечалась нежелательная реакция, и коротко опишите, в чем она проявлялась

3..Применяли ли ранее средства для местного обезболивания: "НЕТ", "ДА" Если "ДА", укажите: какие средства Вы применяли (новокаин, лидокаин, другие средства), когда это было в последний раз, и как Вы их переносили (не было ли во время их применения слабости, потливости, затруднения дыхания, потери сознания, других неприятных ощущений)

4.Знаете ли Вы уровень своего артериального давления: "НЕТ", "ДА" Если знаете, укажите цифры обычного для Вас давления

Если Вы принимаете средства для снижения давления, укажите препараты

5. Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний:

а) Заболевания сердца (перенесенный инфаркт, стенокардия, сердечная недостаточность, другие заболевания): "НЕТ", "ДА" Если "ДА", то какие заболевания

Укажите, какие лекарственные препараты для лечения этих заболеваний и в каких дозах Вы принимаете

б) Заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма, туберкулез или другие заболевания): "НЕТ", "ДА" Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

в) Заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, или другие заболевания): "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

г) Заболевания печени (желтуха, гепатит): "НЕТ", "ДА" Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

д) Заболевания нервной системы (параличи, судороги, потери сознания или другие заболевания): "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

е) Заболевания крови (гемофилия, повышенная или пониженная свертываемость крови или другие заболевания): "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

ж) Эндокринные заболевания (диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, базедова болезнь, микседема, зоб или другие заболевания): "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите: какие заболевания и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

6. Сколько раз в год Вы болеете простудными заболеваниями

Когда болели в последний раз _____ Пользуетесь ли Вы антибиотиками для лечения этих заболеваний: "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите, какие антибиотики и когда Вы применяли в последний раз

Применяли ли Вы когда-нибудь в жизни (варианты: "ДА", "НЕТ", "НЕ ЗНАЮ"): Пенициллин

Эритромицин _____ Тетрациклин _____ или Доксциклин _____

Бисептол _____

Если при этом были нежелательные эффекты, то в чем они проявлялись

7. Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем (укажите то, что считаете нужным)

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ (для пациенток)

1. Принимаете ли Вы в настоящее время противозачаточные средства в таблетках: "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите название препарата

Беременны ли Вы в настоящее время: "НЕТ", "ДА". Если "ДА", укажите срок беременности _____, если "НЕТ", укажите, планируете ли Вы беременность в течение ближайших двух месяцев

Заполнив эту анкету, обсудите свои ответы с врачом-стоматологом и задайте свои вопросы, если они у Вас возникли.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Приложение №1 к договору на оказание стоматологических услуг**Предмет договора**

№ п/п	Наименование услуги / работы	Сроки оказания услуги

Заказчик _____

Исполнитель _____

Приложение №2 к договору на оказание стоматологических услуг**ПРОТОКОЛ согласования договорной цены**

№ п/п	Наименование услуги / работы	Стоимость услуги в соответствии прейскуранту Исполнителя	Примечание	Подпись Заказчика

В соответствии с пунктом 3.1 договора на оказание стоматологических услуги договорную цену услуг и работ, согласованную Сторонами в настоящем Протоколе, следует считать **определенной предварительно.**

В случае возникновения необходимости несения дополнительных затрат либо изменения плана лечения, влекущего изменение согласованной Сторонами договорной цены, Стороны обязуются внести в Протокол соответствующие изменения и подписать его в новой редакции.

Заказчик _____

Исполнитель _____

Приложение №3 к договору на оказание стоматологических услуг**АКТ об оказанных услугах**

Дата	Наименование указанной услуги / выполненной работы	Гарантийный срок	Особые условия и рекомендации лечащего врача	Оказанную услугу / выполненную работу принял, с условиями гарантийного обслуживания ознакомлен и согласен (подпись Заказчика)

Исполнитель имеет право отказать Заказчику в гарантийном обслуживании, если: в течение гарантийного срока у Заказчика возникнут заболевания внутренних органов, а также такие изменения состояния организма (беременность, прием лекарственных препаратов, вредные внешние воздействия и т.д. и т.п.), которые могут негативно повлиять на результат оказанной услуги/выполненной работы;

Заказчик не будет соблюдать гигиену полости рта, другие указания и рекомендации лечащего врача;

Заказчик не будет посещать периодические осмотры с частотой, рекомендованной лечащим врачом;

в течение гарантийного срока Заказчик обратится за оказанием той же услуги в другую организацию;

- при обращении за неотложной помощью в другую организацию Заказчик не представит Исполнителю выписку из амбулаторной карты и рентгеновские снимки, фиксирующие результаты вмешательства; выявленные недостатки услуги/работы Исполнителя будут устраняться в другой организации;

результат оказанной услуги/выполненной работы будет уничтожен или поврежден в результате каких-либо форс-мажорных обстоятельств.

