

ДОГОВОР № [REDACTED]  
Оказание платных стоматологических услуг

11.11.2022 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Стори», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Багян Виктории Сергеевны, действующего на основании Устава, с одной Стороны, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» (он же Заказчик) с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Сведения о Сторонах:**

**Сведения об Исполнителе:**

1.1. Наименование медицинской организации: Общество с ограниченной ответственностью «Дентал Стори», ИНН: 6167200167, КПП: 616701001 ОГРН: 1216100002293.

1.2. Юридический адрес: 344025, Ростовская Область 45 линия 58, . Адрес места нахождения клиники: , город Ростов-на-Дону 45 линия 58

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01050-61/00325299 от 18 августа 2021 года, выдана Министерством здравоохранения Ростовской Области РФ. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

**Сведения о Заказчике:**

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Проживает :**

Тел :

**2. Предмет договора**

2.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги на основании лицензии и сертификатов, выданных в соответствии с действующим законодательством РФ, а Пациент обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных услуг на условиях настоящего договора

**3. Обязательства сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1 Ознакомить Пациента со стандартами лечения и правилами оказания платных медицинских услуг Исполнителя.

3.1.2 Провести качественное обследование полости рта Пациента и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследование у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

3.1.3 По результатам обследования предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта.

3.1.4 Объяснить Пациенту сущность рекомендуемых методов лечения и ознакомить с альтернативными методиками, составить план лечения, согласовать с пациентом.

3.1.5 Информировать Пациента о противопоказаниях к лечению и об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе и после лечения (заполнить лист информационного согласия).

3.1.6 Предоставить **годовую** гарантию на пломбы, возмещающие дефекты коронки зуба, пломбирование корневых каналов, цельнолитые мостовидные. **Годовую** гарантию на металлокерамические, бюгельные протезы. Трехмесячную гарантию на пломбы и (или) ортопедические конструкции, имеющие пластмассовые или штамповано-паянные элементы, изготовленные Исполнителем. Трехмесячная гарантия на пломбы установленные на молочные зубы .

Гарантийные обязательства не распространяются на **временные** конструкции (коронки, мостовидные протезы, пломбы и т.д.), в независимости от использованного материала для изготовления временной конструкции, на отбеливание зубов, украшения (скайсы).

3.1.7 Ознакомить Пациента с установленным Исполнителем прейскурантом, действующим на момент обращения за медицинской помощью. Информировать Пациента о стоимости услуг в соответствии с согласованным планом лечения.

3.1.8 Обеспечить высокий уровень обслуживания Пациента и качественное исполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана.

3.1.9 Выполнить план лечения (протезирования) в течении шести месяцев, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на прием, за исключением случаев оговоренных в п.3.2.1 настоящего договора.

3.1.10 В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

**3.2 Пациент обязуется:**

3.2.1 Предоставить Исполнителю информацию о состоянии своего здоровья либо здоровья ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор (о перенесенных ранее заболеваниях, травмах, имеющихся хронических заболеваниях, проведенном или проводимом лечении, операциях, аллергических реакциях), а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.

3.2.2 Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

3.2.3 Своевременно являться на лечебный прием, профилактические осмотры, а при невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя.

3.2.4 Ознакомиться со стандартами лечения Исполнителя.

Удостоверить личной подписью в амбулаторной карте следующее: достоверность сведений о своем здоровье, факт согласия с планом лечения и его стоимостью. Подписать акт выполненных работ.

3.2.5 Оплатить услуги исполнителя на условиях настоящего договора.

**3.3 Пациент вправе:**

3.3.1 Выбрать лечащего врача из штата Исполнителя.

3.3.2 Поменять лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

4.1 Цена стоматологических услуг по настоящему договору определяется по установленному Исполнителем прейскуранту на тот момент времени ,в который устанавливается услуга или ее часть ,отраженная в прейскуранте.

4.2 Исполнитель информирует Заказчика о стоимости услуг(работ) до ее начала (составляет предварительный план).

4.3 Заказчик оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу Исполнителя по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части , отраженной в прейскуранте , на тот момент времени , в который оказывается услуга или ее часть.

4.4 При оказании услуг по ортопедической стоматологии и ортодонтии производится предоплата в размере 30-50 % стоимости медицинских услуг по действующему прейскуранту, сразу после снятия оттисков.

4.5 Остаточную сумму Заказчик обязан внести не позднее дня приема работы Исполнителя , до окончательной фиксации работы (в день окончательной примерки) в полости рта Заказчика.

- 4.6 Оплата услуг производится Пациентом в рублях – в наличной или безналичной форме, с письменного согласия пациента.
- 4.7 Оплата лечения может меняться в зависимости от изменения диагноза и использования дополнительных лекарственных средств.
- 4.8 В случае отказа от медицинской услуги в ходе её выполнения Исполнитель возвращает Пациенту ранее оплаченную сумму за вычетом стоимости произведенных работ.
- 4.9 В случае, если Пациент не заплатил (или не доплатил) указанную сумму в акте выполненных работ, после оказания ему стоматологических услуг в течение одного календарного месяца, начисляется пеня в размере 1,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа со дня оказания медицинской услуги. Исключением является оказание медицинских услуг с рассрочкой платежа, с заключением дополнительного договора.
- 4.10 В случае неоплаты страховой компанией оказанных стоматологических услуг по договору ДМС (добровольного медицинского страхования), Пациент обязуется оплатить оказанные ему медицинские услуги самостоятельно.

#### **5.Согласие на обработку персональных данных.**

5.1 В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ от 27.07.2006 г. << О персональных данных >> №152-ФЗ(с изм. от 01.09.2015 г.), подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дентал Стори», ИНН: 6167200167, КПП: 616701001 ОГРН: 1216100002293 персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

5.2 Я также даю/ не даю (нужное подчеркнуть) свое согласие на использование персональных данных пациента в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона).

#### **6. Ответственность сторон**

6.1 В случае ненадлежащего исполнения одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

#### **7. Прочие условия**

- 7.1 В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается комиссией в составе должностных лиц Исполнителя: директор, главврач, врач стоматолог по специальности.
- 7.2 Согласно п.2 ст.160 ГК РФ при совершении сделок Заказчик дает согласие Исполнителю о допустимости факсимильного воспроизведения подписей (<факсимиле >) уполномоченных на заключение сделок лиц с помощью средств механического или иного копирования собственноручной подписей. Кроме того, позволяет использовать факсимиле на иных документах являющихся необходимыми при проведении сделок (актах и др.). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.
- 7.3 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение календарного года. В случае отсутствия письменного уведомления от одной из сторон за 30 дней до момента окончания срока действия договора, договор считается продленным на аналогичный срок, в таком порядке срок договора продлевается неограниченное количество раз.
- 7.4 Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
- 7.5 Неотъемлемой частью настоящего договора является амбулаторная карта Пациента, которая хранится у Исполнителя.
- 7.6 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. В случаях, когда Пациент не является Заказчиком, т.е. лицом, приобретающим платные медицинские услуги в пользу Пациента, договор составляется в трёх экземплярах по одному у каждого (Исполнитель, Заказчик, Пациент).
- 7.7 Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации
- 7.8 Фото и видео съемка запрещены без согласия лечащего врача.

#### **8. Адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель:**  
ООО «Дентал Стори»  
Адрес клиники: г.Ростов-наДону 45 линия 58  
ИНН: 6167200167, КПП: 616701001  
ОГРН: 1216100002293, ОКПО: 47050494  
Телефон +7-952-561-21-21  
Лицензия: ЛО41-01050-61/00325299  
Выдана: 18 августа 2021г Министерство здравоохранения  
Ростовской области

Пациент :  
Представитель  
Паспорт:  
**Адрес:**

Тел.

**Пациент:**

**Подписи Сторон**  
**Исполнитель:**  
**Руководитель ООО «Дентал Стори»**  
**В.С.Багян**

