**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг,**

**в том числе и по программе добровольного медицинского страхования**

г. Нижний Тагил «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

ООО Стоматологический салон «Консул» (Свидетельство о государственной регистрации ЮЛ серия 66№ 000433574 от 20.06.2003г. выданное Инспекцией МНС Россия по г. Нижнему Тагилу Свердловской области, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-000305 от 19.11.2008г. выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (Адрес: [Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б](https://yandex.ru/maps/?source=wizbiz_new_map_single&sctx=CAAAAAEAL90kBoFNTkB6Nqs%2BV2tMQGQCfo0kweU%2FRBfUt8zp2D8CAAAAAQIBAAAAAAAAAAGh1kjojrxXXDYAAAABAACAPwAAAAAAAAAA&text=адрес Министерством здравоохранения Свердловской области&ll=60.596064%2C56.831935&z=14&oid=1009016587&ol=biz), +7 (343) 312-00-03) на следующий перечень услуг: доврачебная медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь) в лице директора Яковой Ольги Петровны, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Заказчику платные стоматологические услуги по технологиям, утвержденным МЗ РФ и в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Объем оказываемых услуг определятся медицинскими показаниями к стоматологическому лечению, состоянием здоровья Заказчиков и оказываются в соответствии с планом лечения, составляемым лечащим врачом, зафиксированным в медицинской карте.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Поручить врачу (ФИО врача фиксируется в амбулаторной карте пациента), осуществить собеседование и осмотр полости рта Заказчика для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать Заказчика, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте.

2.1.2. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения согласно медицинским показаниям в соответствии с требованиями Минздрава РФ, учитывая объективное состояние здоровья Заказчика на момент оказания медицинской услуги.

2.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения. Исполнитель по согласованию с Заказчиком имеет право назначить другого врача для проведения приема.

2.1.4. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком, а также врачебную тайну.

2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [Федеральным законом](http://base.garant.ru/12191967/) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Заказчика в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать от Заказчика предоставления всех сведений и документов о его состоянии здоровья и предыдущем лечении в других лечебных учреждениях.

2.2.3. Отказать в приеме Заказчику в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения,

- действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала,

- требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.

2.2.4. Заменить лечащего врача Заказчику по его личной просьбе или иному стечению обстоятельств.

2.2.5. Предоставлять по запросу экспертов страховой компании информацию о проведённом лечении Заказчика (копию амбулаторной карты и рентгеновские снимки).

2.2.6. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по его инициативе, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.2.7. Требовать от Заказчика 100% предоплаты за оказание медицинских услуг.

**2.3. Заказчик обязан:**

2.3.1. Выполнить все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать гигиену полости рта.

2.3.2. Являться на лечение в установленное врачом время.

2.3.3. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, осложнениях или иных отклонениях в самочувствии, возникших в процессе стоматологического лечения.

2.3.4. Подтвердить свою запись на прием к специалисту за 24 часа до назначенного времени.

2.3.5. Являться на прием в строгом соответствии с назначением лечащего врача. При невозможности своевременного посещения по уважительной причине пациент обязан предупредить сотрудников Салона о невозможности явки за 24 часа до назначенного времени посещения.

2.3.6. В случае нарушения Заказчиком п. 2.3.5. настоящего Договора Исполнитель вправе назначить другого пациента на указанное время к выбранному специалисту.

2.3.7. Сообщить врачу о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерологические заболевания, туберкулез, и другие), а также о переливаниях крови, о контактах с больными. В случаях сокрытия информации Исполнитель снимает с себя обязанность, а Заказчик несет ответственность в установленном законом РФ порядке.

2.3.8. Пациент обязан сообщать специалистам Салона об обращении его за оказанием медицинских услуг в другие лечебные заведения или к другим специалистам по причине того же заболевания, в связи с которым он обратился в Салон. В этом случае Салон не несет ответственности за качество предоставляемых медицинских услуг.

2.3.9. Производить наличный или безналичный расчёт за услуги, которые не входят в программу добровольного медицинского страхования Заказчика.

2.3.10. Производить наличный или безналичный расчёт в случае, когда сумма оказанных услуг превышает страховую сумму Заказчика.

2.4.5. До заключения настоящего договора Заказчика уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

2.4.2. Отказаться от дальнейших услуг Исполнителя, при условии полной оплаты выполненных услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов.

2.4.3. Отказаться при лечении от проведения дополнительных (специальных) методов исследования и лечения, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

2.4.4. Выставлять претензию в письменной форме на имя директора ООО Стоматологический салон «Консул», в порядке и сроки, установленные Законом РФ №2300-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей».

**3. Платежи и расчеты по договору**

3.1. Оплата выполненных работ производится согласно действующему прейскуранту на день оказания стоматологической помощи. Заказчик оплачивает стоимость полученных услуг, кроме ортопедических, после каждого визита к врачу через кассу.

3.2. Заказчик осуществляет предоплату наличным или безналичным путем в размере 50% от стоимости услуг (ортопедических, ортодонтических, хирургических) по прейскуранту. Внесенный аванс означает согласие Заказчика на начало работы. Дальнейшая оплата происходит по мере сдачи этапов работ.

3.3. Услуги предоставляются и оплачиваются по определенному графику оговоренному со специалистами. На момент окончания оказанной услуги оплата производится полностью.

3.4 Оказанные услуги и стоимость после их исполнения фиксируются в Приложении 1 к договору.

3.5. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных услуг (контрольно-терминальный чек, бланк строгой отчетности).

**4. Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель вправе:

4.2. Исполнитель несет ответственность:

4.2.1. В случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств, при наличии вины.

4.2.2. За выполнение назначенных сроков исполнения услуг при условии их согласования в процессе лечения.

4.3. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком:

4.3.1. В случае наступления осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначально достигнутого результата при отказе Заказчика от дополнительных обследований, консультаций, необходимых для адекватного лечения и профилактики нежелательных результатов.

4.3.2. Возникновения осложнений по вине Заказчика.

4.3.3. В случае нарушения Заказчиком одного из пп. 2.3.1.-2.3.10. договора.

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

4.5. За неисполнение договорных обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Дополнительные условия**

5.1. В случае возникновения осложнений медицинская помощь оказывается в соответствии с Положением «О сроках гарантии и сроках службы при оказании стоматологической помощи».

5.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается клинико-экспертной комиссией в составе: главного врача, заместителя главного врача, заведующего отделением, членом КЭК и (или) независимыми экспертами в установленном порядке.

5.3. В случае неблагоприятного исхода лечения, о возможности которого Заказчик предупрежден Исполнителем до начала лечения, возврат внесенных за услуги денег не производится.

5.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

5.5. Договор автоматически пролонгируется на каждый последующий год, если за 10-ть (десять) дней до даты его окончания ни одна из сторон не выразит в письменном виде свои желания Договор расторгнуть.

**6. Особые условия**

6.1. Приложения к договору:

6.1.1. Амбулаторная карта стоматологического больного. (1 экземпляр, хранится у Исполнителя)

6.1.2. Анкета о состоянии здоровья. (1 экземпляр, хранится у Исполнителя)

6.1.3. Лист согласования комплексного плана лечения. (2 экземпляра, 1 хранится у Исполнителя, 2 выдается на руки Заказчику)

6.1.4. Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства. (1 экземпляр, хранится у Исполнителя)

6.1.5. Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства. (1 экземпляр, хранится у Исполнителя)

6.1.6. Памятка для пациента. (1 экземпляр, выдается на руки Заказчику)

6.1.7. Гарантийный талон. (2 экземпляра, 1 хранится у Исполнителя, 2 выдается на руки Заказчику)

6.1.8 Приложение (1 экземпляр, хранится у Исполнителя)

Все вышеперечисленные документы являются неотъемлемой частью Договора и заполняются согласно требованиям.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. В остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ООО Стоматологический салон «КОНСУЛ»  ИНН 6623013175 КПП 662301001  Адрес: 622049, г. Нижний Тагил, Октябрьский пр., 28,  тел.: 44-31-67, 44-24-34, 44-22-34  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Якова О.П. / | **Заказчик:**  Ф.И.О.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись заказчика:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение 1**

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

на оказание платных медицинских услуг,

в том числе и по программе добровольного медицинского страхования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Наименование услуг | Кол-во | Срок исполнение, дата | Цена по прейскуранту, руб. | Итого сумма к оплате, руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Якова О.П. / | **Заказчик:**  Подпись заказчика:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |