

Дата « _____ » _____ 20____ г.

Исполнитель уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную стоматологическую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной стоматологической услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

подпись

ФИО

ДОГОВОР

на оказание платных стоматологических работ (услуг) ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ»

Общество с ограниченной ответственностью стоматологическая фирма «СПЕКТРА-ДЕНТ», в дальнейшем именуемая «**Исполнитель**», в лице Директора Воробьевой Е.П., действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО 30-01-002006, серия МЗ АО №000742, выданной Министерством здравоохранения Астраханской области (414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16, В; тел.8-8512-54-16-19) 06.05.2019 г., и гражданин(ка) или его(её) законный представитель _____

ФИО

паспорт (серия, №, кем и когда выдан) _____

именуемый(ая) «**Заказчик**», в дальнейшем «**Потребитель**» (в случае непосредственного получения стоматологических услуг) с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет условия оказания платных стоматологических работ (услуг). **Потребитель (Заказчик)** поручает, а **Исполнитель** обязуется, при наличии медицинских показаний у **Потребителя** и организационно-технических возможностях **Исполнителя**, выполнить платные стоматологические работы (услуги) в соответствии с перечнем разрешенных видов медицинской деятельности, лицензией и сертификатами, представляющими право осуществлять данные виды медицинской деятельности на территории РФ

1.2 При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1.2.1 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической;

1.2.2 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общественному здоровью и организации здравоохранения, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, ортодонтии, стоматологии общей практики.

1.3 Лицензия с перечнем услуг **Исполнителя** располагается в открытом доступе на информационных стендах **Исполнителя**, на сайте **Исполнителя** в информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <http://spektradent.ru>

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

2.1.1 Оказать стоматологические услуги качественно и в срок указанный в Положении о сроках оказания стоматологических работ (услуг), производимых в ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ», обеспечив соответствие предоставляемых работ (услуг) требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и медицинским услугам, разрешенным на территории РФ.

2.1.2 Информировать **Потребителя (Заказчика)** о стоимости медицинской услуги до ее оказания.

2.1.3 Принять оплату согласно прейскуранту ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ» на день оказания услуги. По факту оказанной услуги предоставить **Потребителю (Заказчику)** документ, подтверждающий оплату оказанной услуги, установленного образца (согласно п. 24 Постановления Правительства РФ № 1006).

2.1.4 Соблюдать конфиденциальность информации, касающейся здоровья **Потребителя** (врачебную тайну).

2.2 Исполнитель имеет право:

2.2.1 Требовать от **Потребителя** соблюдения правил внутреннего распорядка ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ».

2.2.2 По медицинским показаниям с согласия **Потребителя (Заказчика)** изменять план, объем и стоимость услуг.

2.2.3 По предварительному согласованию направлять **Потребителя** в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

2.3 «Потребитель» обязан:

2.3.1 Являться на прием в назначенное время или предупредить Исполнителя по телефону или лично о невозможности явиться на прием в установленное время не позднее, чем за сутки.

2.3.2 До оказания медицинской услуги сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, которая может повлиять на качество услуги или состояние здоровья **Потребителя**.

2.3.3 Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять назначения лечащего врача, соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за ротовой полостью после проведения процедур.

2.3.4 Во время оказания услуг не использовать лекарственные препараты, косметические средства и процедуры, назначенные специалистами других организаций или самостоятельно, без уведомления лечащего врача **Исполнителя**.

2.3.5 В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения **Потребителя**, с проведенными **Исполнителем** медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть на консультацию.

2.3.6 При отказе от продолжения оказания стоматологических услуг у **Исполнителя**, **Потребитель (Заказчик)** обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные **Исполнителем** затраты.

2.3.7 Своевременно производить оплату медицинской услуги в соответствии с разделом III настоящего договора.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1 Требовать от **Исполнителя** предоставления сведений о наличии лицензии, сертификатов и других разрешительных документов, представляющих право осуществлять медицинские услуги на территории РФ.

2.4.2 Выбрать лечащего врача.

2.4.3 Требовать информацию о предоставляемых услугах, состоянии своего здоровья, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

2.4.4 Отказаться от медицинской услуги в письменном виде

3. ВИДЫ, СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. **Потребителю** предоставляются медицинские услуги в соответствии с Планом лечения, зафиксированном в амбулаторной карте **Потребителя** в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения согласно прейскуранту.

3.2. Расчет между **Потребителем (Заказчиком)** и **Исполнителем** может производиться наличным платежом в кассу организации, по безналичному расчету — на расчетный счет организации, а так же пластиковыми картами через терминал.

3.3 С согласия **Потребителя (Заказчика)** возможна оплата услуг: по терапии - 100% на день оказания услуги; по ортопедии оплата возможна в два этапа: авансовый взнос - 50% от стоимости протезирования; окончательный взнос не позднее даты окончания оказания услуги.

3.4 Возможно предоставление рассрочки платежа с обязательным оформлением дополнительного соглашения к основному договору, в котором между сторонами согласовываются размер, сроки и порядок расчетов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность.

4.2 В случае возникновения споров стороны будут принимать все необходимые меры для их решения в до судебного порядке.

4.3 При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.4 **Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло в следствии непреодолимой силы, обязательство, независящих от его воли или в связи с нарушениями пациентом режима лечения, назначениями и рекомендациями лечащего врача.

5. УСЛОВИЯ И СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

5.1 Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, вступает в силу с момента его подписания и действует до 31.12.2020 г.

5.2 Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон и оформлены в письменной форме в виде дополнительного соглашения.

5.3 Договор может быть расторгнут по соглашению сторон и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.4 До подписания договора **Исполнитель** ознакомливает **Потребителя (Заказчика)** с Положением о сроках оказания стоматологических работ (услуг), производимых в ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ».

6. ГАРАНТИЯ

6.1 Гарантийный срок и срок службы устанавливается только на работы, имеющие осуществлённый результат и прописаны в Положении о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ».

6.2 До подписания договора **Исполнитель** в доступной форме ознакомливает **Потребителя (Заказчика)** с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО СФ «СПЕКТРА-ДЕНТ».

С Положением о гарантийных сроках и сроках службы, сроках оказания стоматологических работ (услуг), производимых в ООО СФ «Спектра-Дент» ознакомлен и согласен

_____/_____
подпись / ФИО

7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с ФЗ № 152 – ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных: сбор, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, блокирование, обезличивание, уничтожение. Обработка персональных данных осуществляется в целях эффективного исполнения заказов, договоров и пр. Срок действия согласия является неограниченным. Ознакомлен и согласен

_____/_____
подпись / ФИО

Я подтверждаю, что Исполнитель проинформировал меня о возможности получения медицинской помощи в рамках программы гос. гарантий и территориальной программы бесплатного оказания медицинской помощи АО

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО СФ «Спектра- Дент»
Юр. адрес: 414056, г. Астрахань, ул. Марии Максаковой, д. 14,
Литер Г, помещения 38,37,36,35,34,33,32,31,30,29, 3 этаж
Факт.адрес: г. Астрахань, ул. Марии Максаковой, д.14, Литер
Г, помещения 38,37,36,35,34,33,32,31,30,29, 3 этаж
тел. 8-(8512) 25-29-40
ИНН 3019012809 КПП 301901001
ОГРН 1143019002873 ОКВЭД 86.23
Р/с 40702810205000021224
Астраханский ОСБ № 8625 БИК 041203602
к/с 30101810500000000602

Потребитель:

ФИО _____

Адрес _____

телефон _____

_____/_____
подпись / ФИО

МП

_____/_____
подпись / ФИО