УВЕДОМЛЕНИЕ

Исполнитель - ООО «Дента+», находящееся по адресу г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90, действующее на основании Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 57 № 001223325, выданного 08.04.2010г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России № 2 по Орловской области, ОГРН 1105742000550, лицензии серия ЛО-57 № ЛО-57-01-001373 от 27.05.2019г., выданной Департаментом здравоохранения Орловской области (адрес места нахождения: 302021, г. Орел, ул. Ленина, д.1, тел. (4862) 47-53-47) Обществу с ограниченной ответственностью «Дента +» 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90,тел.(4862)47-17-40: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, в лице генерального директора Дзюба Алексея Николаевича, действующего на основании Устава,

Уведомляет Заказчика/Пациента Клиент, проживающего по адресу:

О том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

_____на основании доверенности №2 на право подписи от

«____» _____20_____г. _____

М.П.

Уведомление получено «_____»_____20___ г.

Заказчик/Пациент Клиент

Ф.И.О подпись _____

ДОГОВОР №_____

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Орёл *«___»_____20___ г.*

ООО «Дента+», действующее на основании Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 57 № 001223325, выданного 08.04.2010г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России № 2 по Орловской области, ОГРН 1105742000550, в лице генерального директора Дзюба Алексея Николаевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) Клиент, проживающий (ая) по адресу: , именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные стоматологические услуги, перечень которых указан в Дополнительных соглашениях, а Пациент обязуется принять и оплатить указанные стоматологические услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

1.2. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии серия ЛО-57 № ЛО-57-01-001373 от 27.05.2019г., выданной Департаментом здравоохранения Орловской области (адрес места нахождения: 302021, г. Орел, ул. Ленина, д.1, тел. (4862) 47-53-47) Обществу с ограниченной ответственностью «Дента +» 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, а Пациент их оплатить.

1.3. Платная стоматологическая услуга оказывается Исполнителем по настоящему Договору по адресу: г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90.

1.4. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией и доводятся до сведения Пациента на вывеске.

2. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательства:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги в соответствии с ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях», законом РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и иными нормативно-правовыми актами РФ, регулирующими деятельность по оказанию платных медицинских услуг, настоящим Договором, руководствуясь принятыми в клинике Исполнителя Положениями, нормами, правилами предоставления стоматологических услуг и гарантийных обязательств, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.

ОБРАЗЕЦ

Исполнитель_____ Заказчик_____

ОБРАЗЕЦ

2.1.2. Провести клинический осмотр, диагностическое обследование и, на основании установленного предварительного диагноза, составить рекомендуемый План лечения Пациента.
2.1.3. Отразить результаты обследования, диагноз, план лечения в медицинской документации, проинформировать Пациента о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними риске, последствиях, преимуществах и недостатках различных планов лечения.
2.1.4. Обеспечить «Пациента» бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о гарантийных обязательствах, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Правилами предоставления стоматологических услуг, перечне услуг и их стоимости, другой информацией, предусмотренной действующим законодательством РФ и настоящим Договором.
2.1.5. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения, участвующих в реализации вышеуказанной программы.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Самостоятельно определять характер, объем, этапность исследований, манипуляций для установления окончательного диагноза, выбора надлежащего метода лечения Пациента, с учетом прогноза и профилактики возможных осложнений, руководствуясь законодательством РФ, медицинскими технологиями, стандартами, условиями Договора и принятыми в клинике Исполнителя нормативными правовыми актами (в т.ч. положениями, нормами, правилами предоставления стоматологических услуг и гарантийных обязательств), с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.
2.2.2. Отказаться в одностороннем порядке от оказания Услуг, уведомив об этом Пациента, в случае неисполнения Пациентом условий настоящего Договора и указаний Лечащего врача, а также при выявлении противопоказаний, обнаруженных после подписания настоящего Договора. В этом случае настоящий Договор считается расторгнутым с момента письменного уведомления «Пациента» об отказе от Договора, при этом «Пациент» выплачивает «Исполнителю» фактически понесённые «Исполнителем» расходы в связи с выполнением настоящего Договора в размере, порядке и в срок, указанные в данном письменном уведомлении.
2.2.3. В случае нарушения сроков оплаты оказанных услуг, предусмотренных п. 5.2 настоящего Договора взыскать с Пациента неустойку в размере 3% от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.
2.2.4. Заменить лечащего врача Пациента по его личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость).
2.2.5. Исполнитель имеет право осуществлять фото и видеосъемку (без указания моего имени и фамилии) для диагностики, последующего лечения и контроля качества проводимого лечения.
2.3. Пациент принимает на себя обязательства:
2.3.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, в том числе с Правилами предоставления стоматологических услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.
2.3.2. Соблюдать действующее законодательство РФ, нормативные правовые акты, относящиеся к возмездному оказанию медицинских услуг, условия настоящего Договора, положения, нормы, правила и условия оказания стоматологических услуг, действующие в клинике Исполнителя.
2.3.3. Следовать, выбранному им же, плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.
2.3.4. Предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.
2.3.5. В период течения гарантийных обязательств обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой.
2.3.6. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом, действующем на момент оказания услуг.
2.4.6. Заблаговременно, не менее чем за сутки, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения стоматологической услуги.
2.4. Пациент имеет право:
2.4.1. На любом этапе отказаться от дальнейшего лечения, известив Исполнителя письменно, оплатив стоимость оказанных услуг и понесенных Исполнителем расходов, при этом достижения общепринятых параметров качества выполненных стоматологических услуг Исполнитель не гарантирует.
2.5. Условия и механизм реализации прав и обязательств.
2.5.1. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи пациента на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через регистратуру стоматологической клиники посредством телефонной, факсимильной и иной связи. Телефон регистратуры: 47-17-40. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
2.5.2. Объем дополнительных методов обследования и полной санации определяется и составляется врачом в соответствии со стандартами и порядками оказания стоматологической помощи в РФ, современными технологиями лечения и состоянием здоровья Пациента.

ОБРАЗЕЦ

2.5.3. Пациент, еще до обращения за медицинской помощью, осознает, что его цель - получение положительного результата в лечении стоматологического заболевания, которого может и не быть, но сознательно идет на риск, в надежде на

Исполнитель_____ Заказчик_____

ОБРАЗЕЦ

выздоровление или улучшение состояния. Риск не достижения результата лежит на Пациенте.
2.5.4. Пациент осознаёт и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг.
2.5.5. Предварительный срок оказания услуги или ее части (этапа) отражен в Плане лечения, с которым пациент ознакомлен до начала лечения. Сроки выполнения ортопедических работ определяются врачом по согласованию с Пациентом. Сроки проведения других видов лечения (терапевтического, ортодонтического, хирургического) целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента.
2.5.6. Срок оказания услуг (этапов), указанный в выполняемом плане лечения, может быть изменен «Исполнителем» в одностороннем порядке по независящим от него причинам. «Исполнитель» извещает об этом «Пациента», либо на приеме, либо в ином порядке, обеспечивающем ознакомление «Пациента» с измененным сроком оказания Услуги, с отражением в медицинской документации.
2.5.7. Стороны при заключении (подписании) настоящего Договора лечения согласны, что предусмотренное настоящим пунктом изменение срока оказания услуг является надлежащим.

3. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

3.1. Исполнитель гарантирует достижение и поддержание стандартов качества и безопасности оказания стоматологической помощи, путем предоставления Пациенту стоматологических услуг квалифицированными специалистами Исполнителя, которые осуществляют обследование, диагностику и лечение зубочелюстной системы Пациента, согласно действующим в РФ стандартам и порядкам оказания стоматологической помощи, технологиям, рецептурам и т.д., применяемым и рекомендованным медицинскими ВУЗами и иными компетентными органами на территории РФ, используя материалы, инструменты и оборудование, разрешенные для этих целей на территории РФ.
3.2. Пациент осознает и принимает на себя ответственность за результат услуги, оказываемой вопреки рекомендациям врача по настоянию Пациента. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят ущерба здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения основных рекомендаций врача;
3.3. Пациент при подписании настоящего Договора подтверждает, что осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие 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 (стандартов и порядков оказания стоматологической помощи).
3.4. Пациент имеет право предъявить Исполнителю претензию относительно недостатков оказанной услуги, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течении гарантийного срока, если иное не указано врачом в медицинской документации.
3.5. При возникновении в течение срока действия настоящего договора обстоятельств непреодолимой силы (заболевание, внешние воздействия, беременность, вынужденный прием лекарственных препаратов и т.п.), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубочелюстной системе Пациента, сроки гарантийных обязательств определяются Исполнителем в индивидуальном порядке.
3.6. Гарантийные обязательства и их сроки, соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом условий настоящего Договора, а так же рекомендуемого плана лечения, всех назначений и рекомендаций лечащего врача, с обязательным прохождением Пациентом полугодового профилактического осмотра.
3.7. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Пациента в Информированном добровольном согласии одновременно является его согласием с предложенной Исполнителем кандидатурой врача, методами и сроками выполнения плана лечения, качеством и количеством лечебных мероприятий. А также подтверждением полного взаимопонимания между врачом и Пациентом на момент подписи.

4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Пациент несёт ответственность:
4.1.1. За достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату стоматологических услуг.
4.2. Исполнитель несёт ответственность:
4.2.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему договору (в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания стоматологической помощи, действующими на территории РФ).
4.2.2. За причинение вреда здоровью Пациента, в случае наличия вины Исполнителя.
4.3. Исполнитель не несёт ответственность в случаях:
4.3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение Пациентом своих обязанностей, а равно указаний и рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.
4.3.2. Возникновения осложнений по вине Пациента, перечень которых закреплён в «Правилах предоставления стоматологических услуг», «Положении о гарантийных обязательствах», «Информированном добровольном согласии» и настоящем Договоре.
4.3.3. Индивидуальных особенностей организма, возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов. Наступление вредных последствий, соответствующих объёму медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и/или выраженностью основного заболевания.
4.3.4. В случае прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента, пропуска назначенного визита и планового профилактического осмотра, Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятный результат и исход проведенного лечения.

Исполнитель_____ Заказчик_____

ОБРАЗЕЦ

4.3.5. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с показаниями и в объёме, адекватном состоянию здоровья Пациента на момент обращения, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как не прогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

4.4. 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.ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоматологические услуги оплачиваются Пациентом в полном объеме согласно действующему на день оплаты Прейскуранта цен Исполнителя.

5.2. Срок оплаты определяется соглашением сторон, однако он не может превышать 30 дней с момента получения услуги.

5.2. В случае, когда невозможность исполнения Услуг возникла в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.3. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до выполнения сторонами своих обязательств.

6.2**.** Отказ или уклонение Пациента следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, при которых оказание медицинской помощи становится невозможным, является основанием к одностороннему расторжению договора.

6.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1 Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Все данные диагностики и лечения, выполненные «Исполнителем», являются неотъемлемой частью медицинской истории болезни и остаются в собственности «Исполнителя». Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

7.2. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что все условия настоящего Договора ему понятны, осознаются и дается согласие на использование Исполнителем или его сотрудниками персональных данных Пациента в целях организации процесса оказания стоматологических услуг Пациенту.

7.3. Лица или круг лиц, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Пациента и факте оказания стоматологической помощи, и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:

7.4. Все споры вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров или предъявления претензии в письменном виде. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.5. Все изменения в договор вносятся по соглашению Сторон и оформляются дополнительным соглашением, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

7.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах для каждой из Сторон Договора.

7.7. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ПАЦИЕНТ:
ООО «Дента+»	Ф.И.О.
ИНН 5751039120 КПП 575101001	Дата рождения:
Юр. адрес: г. Орел, ул. Советская, 11, лит.А, оф.90	
Телефон: 47-17-40	
Генеральный директор ООО «Дента+» А.Н. Дзюба	Адрес:
_____ на основании доверенности №__ на	Конт. тел.:
право подписи от «___»_____20___г.	
_____	Подпись:_____

ОБРАЗЕЦ