**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

*г. Москва "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.*

**ООО «Президент СК №9»** лицензия № ЛО-77-01-016487 от «10» августа 2018 г., (*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, стоматологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, находящегося по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел.8(499) 251-83-00),* в лице Администратора-кассира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей (го) на основании Доверенности от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Название, номер, серия документа, дата выдачи, кем и когда

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
|  *Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:*Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ удостоверяющий личность : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина –(полностью), год рождения |

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику медицинские услуги доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик их оплачивать.

1.2. Исполнитель обязуется оказывать услуги в день обращения или в назначенный день, и завершать их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами финансовым планом лечения (далее по тексту – “план лечения”), что является неотъемлемой частью настоящего договора.

 1.3.Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья Заказчика в момент оказания услуги.

 1.4. Исполнитель оказывает услуги Заказчику в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Заказчика на момент обращения.

  1.5. Подписывая настоящий договор на оказание платных стоматологических услуг, соглашаясь с его условиями Заказчик уведомлен, что он вправе получить соответствующие виды и объемы медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

 **2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

  2.1. Оказывать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и порядками, профессиональной квалификации и критериями качества медицинской помощи.

 2.2. С письменного согласия Заказчика проводить клинические обследования и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

 2.3. Предоставлять Заказчику информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а так же используемых медицинских препаратах и изделиях.

 2.4. Назначать врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Заказчика, назначить другого врача для проведения лечения.

 **3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

 3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик ознакомлен до подписания настоящего Договора.

 3.2. Отказать в оказании услуг Заказчику, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения при наличии противопоказаний к лечению, за исключением в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

 3.3. По желанию Заказчика привлекать другие медицинские организации, медицинские лаборатории для оказания услуг по дополнительным обследованиям.

**4. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА:**

 4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

 4.2. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.

 4.3. Уважительно относится к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

 4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

 4.5.Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.

**5. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА:**

 5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

 5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

 5.3. В любое время отказаться от лечения расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

 5.4. Пользоваться всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

 7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

 7.2.Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашение.

 7.3. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

 7.4. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

 7.5. Стоимость ортопедических, ортодонтических конструкций и иных дорогостоящих материалов и изделий оплачивается частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения.

 7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Заказчика, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

 7.7. Льготная система оплаты услуг применяется в индивидуальном порядке, по соглашению сторон или в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг.

 7.8. В случае внесения Заказчиком 100% аванса и одностороннего отказа Заказчика от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им затрат.

 7.9. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

 7.10. Стороны пришли к соглашению, что в случае внесения Заказчиком в кассу или на расчетный счет аванса по настоящему Договору проценты за пользование денежными средствами, предусмотренные статьей 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, не начисляются и не подлежат уплате Заказчику.

**8.ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

 8.1.Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком условий настоящего Договора.

 8.2. 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.

 8.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

 9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 календарных дней с момента ее получения.

 9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

 9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

 **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

 10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно.

 10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

 10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 10 календарных дней до даты расторжения.

 **11.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

 11.1. Настоящий договор составлен в 2 (двух), а по необходимости в 3(трех) экземплярах, для каждой из Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

 11.2. Медицинская карта Заказчика существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

 11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом.

 11.4. Заказчик дает свое СОГЛАСИЕ/ НЕ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя о ежегодном профосмотре, напоминание о назначенном времени приема, о спецпредложениях в клинике.

 11.5.В целях повышения качества стоматологических услуг и определения патологий для дальнейшей диагностики и планирования лечения Заказчик дает свое СОГЛАСИЕ / НЕ СОГЛАСИЕ на дентальное фотографирование.

 11.6. Лица, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Заказчика и факте оказания медицинской помощи, а так же сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ООО «Президент СК №9»** |
| ОГРН и кем выдан |  5077746881823, выдан МИФНС №46 по г. Москве 06.06.2007 |
| ИНН/КПП  | 7716579487/771601001 |
| Фактический адрес:Юридический адрес: | 111625,г Москва, ул. Рудневка, д.18, 129337, Москва г, Ярославское ш, 116, СТР.3 |
| р/с | 407028105000050026024 в Московском филиале ООО ИКБ «Совкомбанк» г. Москвы |
| к/с | 30101810900000000967 |
| БИК | 044552967 |
| Администратор –кассир по доверенности от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_г. |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **ЗАКАЗЧИК: ФИО** |  |
| Контакты: | Тел.: Эл.адрес: |
| Подпись Заказчика: |  |
| **Законный представитель** (**ПЛАТЕЛЬЩИК УСЛУГ):** ФИО |  |
| **Подпись законного представителя (ПЛАТЕЛЬЩИКА УСЛУГ):** |  |