

**ТИПОВАЯ ФОРМА  
ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

г. Чебоксары

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г.

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заказчика (законного представителя), действующий(ая) на основании добровольного волеизъявления в пользу потребителя (пациента), именуемый(ая) далее **(ПАЦИЕНТ) ЗАКАЗЧИК**, с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «Центродент», осуществляющее свою деятельность на основании свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 21 № 000819336, выданного Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Московскому району г. Чебоксары ЧР 28.10.2002 года и лицензии<sup>1</sup> № ЛО-21-01-000391 от 26 февраля 2012г, выд. МЗ СР ЧР<sup>2</sup> и именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице директора Кандейкиной Н.В., действующей на основании Устава с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает стоматологические услуги в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими \_\_\_\_\_ нормами \_\_\_\_\_ пациенту \_\_\_\_\_, **ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК)** обязуется полученные услуги оплатить.

1.2. Перечень и стоимость стоматологических услуг, оказанных по настоящему договору:

Начало срока предоставления услуги, дата	Перечень услуг по договору	Стоимость	Окончание срока оказания услуги, дата

**2. Условия и сроки предоставления услуг**

2.1. Платные услуги предоставляются **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** при наличии информированного добровольного согласия **ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)**.

2.2. При предоставлении платных услуг **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязан соблюдать порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 07 декабря 2011г.

2.3. **ПАЦИЕНТ** уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций врача могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **ПАЦИЕНТА**.

2.4. Платные услуги могут предоставляться **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ, либо по просьбе **ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)** в виде осуществления отдельных медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.5. Срок предоставления платных стоматологических услуг по настоящему договору указан в пункте 1.2 настоящего договора отдельно по каждому случаю обращения.

2.6. В случае если при предоставлении платных услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязан предупредить об этом **ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)**. Без согласия **ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)** **ИСПОЛНИТЕЛЬ** не вправе предоставлять дополнительные услуги на возмездной основе.

2.7. В случае если при предоставлении платных стоматологических услуг потребуются предоставление услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **ПАЦИЕНТА** при внезапных острых заболеваниях и состояниях, такие стоматологические услуги оказываются без взимания платы в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Права и обязанности сторон**

**2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:**

2.1.1. Предоставить **ПАЦИЕНТУ (ЗАКАЗЧИКУ)** по его требованию в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах лечения и возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

2.1.2. Оказать услуги в объеме и по плану, согласованному с **ПАЦИЕНТОМ (ЗАКАЗЧИКОМ)**.

2.1.3. Предоставить **ПАЦИЕНТУ (ЗАКАЗЧИКУ)** по его требованию информацию об используемых при лечении лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

<sup>1</sup> Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-21-01-000391 выдана Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики 26 февраля 2010г При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу, стоматологии ортопедической. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. (Адрес осуществления медицинской деятельности: 428038, Чувашская Республика, г.Чебоксары, ул.М.Залка, д.11, нежилое помещение №13).

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики. Адрес: 428004, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д.17 Телефон: (8352) 62-33-80

2.1.4. Своевременно информировать ПАЦИЕНТА(ЗАКАЗЧИКА) о снижении качества оказываемых услуг или невозможности завершения их в срок.

## **2.2. ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК) обязуется:**

2.2.1. Внимательно ознакомиться с предоставленной информацией.

2.2.2. Дать согласие или отказаться от лечения в письменной форме.

2.2.3. Строго исполнять медицинские рекомендации лечащего врача.

2.2.4. До начала лечения информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ об известных ему аллергических реакциях, о перенесенных и сопутствующих заболеваниях.

## **2.3. ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК) имеет право:**

2.3.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.3.2. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.3.3. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.3.4. На проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.3.5. Ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность ИСПОЛНИТЕЛЯ и его сотрудников.

2.3.6. Получить ксерокопии медицинских документов.

2.3.7. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

## **2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

2.4.1. Отказать ПАЦИЕНТУ (ЗАКАЗЧИКУ) в оказании услуг при наличии у него острых воспалительных или инфекционных заболеваний, а также если ПАЦИЕНТ(ЗАКАЗЧИК) находится в состоянии опьянения, если это не угрожает жизни ПАЦИЕНТА и здоровью окружающих.

2.4.2. Назначить дополнительные исследования, если это необходимо для постановки и уточнения диагноза

2.4.3. Отказать ПАЦИЕНТУ (ЗАКАЗЧИКУ) в оказании услуг в случае неоплаты полной стоимости оказанных услуг.

## **3. Стоимость услуг, сроки и порядок платежей**

3.1. Согласуемая с ЗАКАЗЧИКОМ до начала лечения стоимость услуг является приблизительной.

3.2. Окончательная стоимость услуг определяется после каждого приема в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг.

3.3. Оплата услуг осуществляется ЗАКАЗЧИКОМ по расценкам действующего на момент оплаты прейскуранта путем внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ либо безналичной формой расчета на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ либо посредством оплаты банковской картой, либо иным, не запрещенным законом способом в день получения платной услуги в полном объеме.

3.4. При возникновении необходимости выполнения во время лечения дополнительных манипуляций и по этой причине существенного повышения приблизительной стоимости услуг, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан своевременно предупредить об этом ЗАКАЗЧИКА. Если ЗАКАЗЧИК не дал согласие на превышение стоимости услуг, он вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае ИСПОЛНИТЕЛЬ может потребовать от ЗАКАЗЧИКА оплаты стоимости за ранее выполненную работу.

## **4. Ответственность сторон**

4.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **5. Качество услуг**

5.1. Качество оказанных услуг определяется выполнением составляющих услугу действий в соответствии с утвержденными стандартами, применением качественных инструментов и материалов.

5.2. Оказанные услуги считаются исполненными с надлежащим качеством, если ЗАКАЗЧИК не заявил претензий в период установленного гарантийного срока.

5.3. Осложнения медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг.

## **6. Гарантийные обязательства**

6.1. Гарантийные обязательства распространяются на все виды законченного лечения, имеющее о вещественный результат<sup>3</sup> сроком на один год, за исключением индивидуальных сроков, оговоренных между лечащим врачом и ПАЦИЕНТОМ и подтвержденные подписью ПАЦИЕНТА в амбулаторной карте.

6.2. ПАЦИЕНТ(ЗАКАЗЧИК) при обнаружении недостатков оказанных услуг в течение гарантийного срока вправе по своему выбору потребовать у ИСПОЛНИТЕЛЯ либо безвозмездного устранения недостатков оказанных услуг, либо отказаться от выполнения гарантийных обязательств по данному договору и потребовать полного возмещения понесенных расходов.

6.3. Гарантия не действует в случаях нарушения ЗАКАЗЧИКОМ условий договора, действия третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы.

## **7. Срок действия договора**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента обращения и действует до момента истечения гарантийных обязательств отдельно по каждому случаю законченного лечения.

7.2. Настоящий договор заключен в трех экземплярах, один из которых находится у ИСПОЛНИТЕЛЯ, второй – у ЗАКАЗЧИКА, третий – у ПАЦИЕНТА.

## **8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. В случае отказа ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА) после заключения настоящего договора от получения услуг договор расторгается. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА) о расторжении договора по инициативе

<sup>3</sup> «Положение о гарантийных сроках на стоматологические услуги в ООО «Центродент»

ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА), при этом ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК) оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору, в течение 3 рабочих дней со дня расторжения договора.

#### 9. Прочие условия

9.1. Все разногласия между сторонами будут разрешаться путём переговоров. При не достижении соглашения, все разногласия разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### 10. Дополнительная информация

10.1. ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК) уведомлён, что платные стоматологические услуги не финансируются из бюджета и подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях платных услуг, условиях их бесплатного предоставления и оплачивает стоимость оказанных услуг по собственной инициативе.

#### 11. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
<p><b>Общество с ограниченной ответственностью</b> <b>«Центродент»</b> ИНН 2129048041 Адрес места нахождения: г. Чебоксары, ул.М.Залка,11 Тел. (факс) 66-66-06 Св-во о госрегистрации серия 21 № 000819336, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Московскому району г. Чебоксары Чувашской Республики 28.10.2002г.</p> <p>_____ Н. В. Кандейкина</p> <p>М.П.</p>	<p><b>Ф.И.О. заказчика</b></p> <p>Адрес места жительства:</p> <p><b>Ф.И.О. пациента</b></p> <p>Адрес места жительства:</p> <p>Телефон</p> <p>_____</p>