

УВЕДОМЛЕНИЕ

Исполнитель Общество с ограниченной ответственностью «ДАНТИСТЪ», доводит до сведения потребителя _____ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____ (подпись).

ДОГОВОР ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Пятигорск

___. __. 20__ года

ООО «ДАНТИСТЪ» (лицензия Комитета Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию № ЛО-26-01-001-517 от 30 августа 2012г., г. Ставрополь, ул. Ленина, 415д, телефон +7 (8652) 94-15-97), в лице Директора Бучукури Владимира Алексеевича, действующее на основании Устава, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, с одной стороны, и

_____ ,
или его законный представитель:

Фамилия, имя, отчество полностью

именуемый(ая) в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК**, с другой стороны, заключили договор, действующий в период с «___» _____ 20__ года по «___» _____ 20__ года, о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется предоставить в сроки с «___» _____ 201__ года по «___» _____ 201__ года **ЗАКАЗЧИКУ** за плату медицинские услуги согласно лицензии. Медицинские услуги оказываются в соответствии со сроками лечения и планом лечения, составляемым лечащим врачом, который фиксируется в приложении к медицинской карте **ЗАКАЗЧИКА**.

1.2. **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в соответствии с добровольным волеизъявлением **ЗАКАЗЧИКА**, на основании информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство, обработку персональных данных, выполнение медицинских манипуляций при лечении, являющегося обязательным Приложением к договору, с соблюдением нравственных принципов общества, оказывает медицинские услуги по стоматологии.

1.3. Медицинские услуги согласовываются с требованиями пациента и стандартами оказания стоматологической помощи. Объем оказываемых услуг определяется медицинскими показаниями к стоматологическому лечению, состоянием здоровья пациента, техническими возможностями **ИСПОЛНИТЕЛЯ** и выбором пациента. На предоставление платных медицинских услуг составляется план лечения, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4. Медицинские услуги оплачиваются **ЗАКАЗЧИКОМ** в соответствии с прейскурантом цен, установленным **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**.

1.5. По окончании услуги сторонами подписывается акт выполненных работ, являющийся Приложением к действующему Договору и гарантийный талон на ортопедические инструкции и пломбы из фото- и химических композитов (Положение о сроках гарантии и эксплуатации зубных пломб и протезов).

1.6. В соответствии с требованиями, врачом ведется медицинская документация, в том числе «история болезни»: Дневник приема заполняется врачом во время приема, который фиксируется в приложении к медицинской карте **ЗАКАЗЧИКА**. По окончании приема **ЗАКАЗЧИК** ознакамливается с Дневником приема. Амбулаторная карта является собственностью **ИСПОЛНИТЕЛЯ** и хранится в регистратуре. По заявлению пациента могут быть выданы ксерокопии документов, амбулаторной карты согласно части 4 статьи 22 ФЗ 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ЗАКАЗЧИК ознакомлен с информацией о состоянии своего здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах лечения, риске, вариантах и последствиях медицинского вмешательства и ожидаемых результатах лечения, применяемых препаратах и медизделиях, **ЗАКАЗЧИКУ** предоставлена информация, которая позволит идентифицировать имплантированные в его организм медизделия.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Оказывать стоматологические услуги, применяя необходимые материалы, медикаменты, инструменты, оборудование и соблюдая стандарты лечения и оценки качества.

2.1.2. Предоставить **ЗАКАЗЧИКУ** необходимую информацию об объеме вмешательства, сущности применяемых методик.

2.1.3. Информировать **ЗАКАЗЧИКА** о возможных обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

2.1.4. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения.

2.1.5. Оговорить с **ЗАКАЗЧИКОМ** примерные сроки выполнения стоматологической услуги.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с техникой лечения, методом анестезии, подбором инструментов и материалов, проведение диагностических исследований, в т. ч. рентгенографии, фотосъемки этапов работ.

2.2.2. Требовать у **ЗАКАЗЧИКА** получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.3. Отказать в приеме **ЗАКАЗЧИКУ** в случае:

-грубых нарушений **ЗАКАЗЧИКОМ** врачебных назначений;

-некорректном поведении **ЗАКАЗЧИКА** по отношению к персоналу **ИСПОЛНИТЕЛЯ**;

-состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

-требования услуг, которые не оговаривались при составлении договора.

2.3. ЗАКАЗЧИК обязан:

2.3.1. Сообщить врачу о перенесенных или имеющихся хронических заболеваниях, о контактах с инфекционными больными. В случае несообщения, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** снимает с себя ответственность, а **ЗАКАЗЧИК** несет ответственность в установленном Законом РФ порядке.

2.3.2. Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.3. Через кассу **ИСПОЛНИТЕЛЯ** производить оплату стоимости лечения.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.5. Немедленно известить врача о всяких осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Предупредить по телефону лечащего врача о невозможности явки на прием.

2.4. ЗАКАЗЧИК имеет право:

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

3. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Объем медицинских услуг оговаривается с лечащим врачом до начала выполнения лечения. Стоимость услуги уточняется после проведения объективного обследования. Стоимость лечения может изменяться в случае выявления у пациента в процессе лечения осложнений основного заболевания, которые невозможно было выявить при первичном обследовании, что оговаривается в добровольном информированном согласии и в дополнительном соглашении к договору. В этом случае могут измениться сроки лечения.

3.2. В стоимость услуги заложены все процедуры, которые врач выполняет на протяжении всего периода лечения. Оплата услуг подтверждается путем предоставления **ЗАКАЗЧИКУ** чека об оплате.

3.3. Общая стоимость лечения определяется на основании утвержденного прейскуранта цен, отражается в плане лечения, а также в акте оказания стоматологических услуг являющимися приложениями к

настоящему договору. Общая стоимость может вноситься в кассу **ИСПОЛНИТЕЛЯ** по мере исполнения услуги на день оказания стоматологической помощи.

3.4. **ЗАКАЗЧИК** оплачивает только выполнение работ, связанных с оказанием данной медицинской услуги.

3.5. Окончательные взаиморасчеты производятся по окончании обязательств.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несет ответственность за:

4.1.1. Качество услуг лечебно-диагностического процесса, выполняемых в соответствии со стандартами.

4.1.2. Соблюдение назначенных сроков исполнения услуг при условии их согласования в процессе лечения.

4.1.3. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** не несет материальной ответственности перед **ЗАКАЗЧИКОМ** в случае:

- возникновения осложнений по вине **ЗАКАЗЧИКА**: несоблюдения гигиены полости рта, невыполнения назначений врача, несвоевременном сообщении о возникших нарушениях и др.;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению;

- возникновение осложнений при лечении зубов, подвергающихся лечению в другой клинике;

- других ситуациях не связанных с проведением лечения, в соответствии с «Информированным согласием» на указанные виды работ, подписанным пациентом, или возникновения проблем сугубо биологического характера, обусловленных физиологическими особенностями организма **ЗАКАЗЧИКА**, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** должен предупредить **ЗАКАЗЧИКА** о том, что специализированные методы лечения (хирургическое лечение, заболевание слизистой оболочки полости рта, пародонта, и т. д.) будут осуществляться соответствующими специалистами **ИСПОЛНИТЕЛЯ**.

5.2. При прекращении лечения по вине **ЗАКАЗЧИКА**, частичная оплата, внесенная в кассу **ЗАКАЗЧИКОМ**, не возвращается.

5.3. **ЗАКАЗЧИК** свободен в выборе лечащего врача.

5.4. В случае опоздания **ЗАКАЗЧИКА** для продолжения курса лечения, лечащий врач самостоятелен в переносе лечения на удобное для обоих время.

5.5. В случае болезни лечащего врача, лечение может продолжить врач, указанный администрацией ООО «ДАНТИСТЪ» по согласованию с **ЗАКАЗЧИКОМ**. При возникновении психологической несовместимости между **ЗАКАЗЧИКОМ** и лечащим врачом, врач прекращает оказание медицинских услуг. Вопрос о продолжении оказания медицинской услуги или возврате денежных средств **ЗАКАЗЧИКА** рассматривается комиссионно членами врачебной комиссии с составлением акта, подписываемого директором или заместителем генерального директора по медицинской части.

5.6. Договор по согласованию сторон может быть заключен на срок до 12 месяцев.

5.7. **ЗАКАЗЧИК** принимается на лечение в соответствии с существующим законодательством Российской Федерации. **ЗАКАЗЧИКУ** гарантируется безопасность применяемых технологий и условий осуществления медицинской услуги.

5.8. В случае возникновения спора между **ЗАКАЗЧИКОМ** и лечащим врачом по вопросу качества оказания медицинской услуги, спор между сторонами рассматривается заместителем генерального директора по медицинской части или Врачебной комиссией ООО «ДАНТИСТЪ». При не достижении согласия, спор рассматривается в соответствии с действующим законодательством.

5.9. Предельный срок предъявления претензий оговаривается в сроках о гарантии и эксплуатации ортопедических конструкций и пломб.

5.10. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6. УСЛОВИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор может быть прекращен или расторгнут:

-по основаниям, предусмотренным законодательством РФ;

-при несоблюдении **ЗАКАЗЧИКОМ** положений п.п.2.2.3.,2.3. настоящего договора;

-в случае возникновения психологической несовместимости между **ЗАКАЗЧИКОМ** и **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**;

-в связи с окончанием работ по договору, который заверяется подписью и печатью **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, и подписью **ЗАКАЗЧИКА**.

Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они своевременно оформлены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

ООО «ДАНТИСТЪ»

Юридический адрес: 357500, Ставропольский край,

г.Пятигорск, ул.40 лет Октября, д.12, тел. 32-90-82

Фактический адрес: г. Пятигорск, ул.40 лет Октября, д.12,

тел. 32-90-82; г.Пятигорск, ул. Нежнова, 21, корп.1, офис 35

тел.97-90-88, ИНН/КПП 2632085870/263201001,

ОГРН 107263200684 выдано Инспекцией МНС России по

г. Пятигорску Ставропольского края.

Директор _____ В.А. Бучукури

Лечащий врач

_____/ _____/

МП Подпись Ф.И.О.

№ телефона: _____

_____ расшифровка подписи

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ О МЕДИЦИНСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ
И РАБОТЕ С ПЕРСОНАЛЬНЫМИ ДАННЫМИ**

В соответствии с Постановлением правительства РФ № 1006 от 4 октября 2012 г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я, _____ получил(а) информацию о возможности оказания стоматологической помощи по платным услугам в ООО «ДАНТИСТЪ». Я информирован(а) о том, что при наличии полиса ОМС, я могу получить бесплатно стоматологические услуги в иных городских медицинских учреждениях. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами режима, установленного в данном учреждении и обязуюсь их соблюдать. Мне дана информация о возможности выбора специалиста и записи на прием в удобное для меня время.

Я обязуюсь поставить в известность врача об имеющихся у меня хронических заболеваниях, в том числе аллергических проявлениях и непереносимости лекарственных средств, травмах, операциях, принимаемых препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств, факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня.

Я даю согласие на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны.

В случае необходимости я разрешаю предоставить информацию о моем заболевании моим родственникам, законным _____ представителям

(указать -кому)

В соответствии и во исполнение части 1 статьи 23, статьи 24 Конституции Российской Федерации. Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральный закон от 27.07.2006. №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» я даю согласие на обработку моих персональных данных сотрудниками ООО «ДАНТИСТЪ» для ввода в базу данных, сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); распечатку необходимых документов с учетом требований законодательства.

Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до момента отзыва по решению суда или решению самого физического лица.

_____. _____. _____ Г.

ООО «ДАНТИСТЪ» (лицензия Комитета Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию № ЛО-26-01-001-517 от 30 августа 2012 г., г. Ставрополь, ул. Ленина, д.415, телефон +7 (8652) 94-15-97), в лице директора Бучукури Владимира Алексеевича, действующее на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и

или его законный представитель _____

именуемый(ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, в соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации заключили настоящее соглашение (далее- Соглашение) о нижеследующем:

1. Все виды сделок, договоров, контрактов, а также сопутствующих им документов, касающихся деятельности ООО «ДАНТИСТЪ», которые стороны будут заключать и оформлять между собой, могут быть подписаны от имени Сторон с использованием факсимиле директора Общества с ограниченной ответственностью «ДАНТИСТЪ» и _____

2. Факсимиле проставляется синим или фиолетовым цветом. Не допускается желтый, зеленый, красный, и т.п. цвет факсимиле.

3. Стороны вправе использовать факсимиле для оформления первичных документов, сопутствующих проведению сделок в той числе следующих документов:

- акт выполненных работ;
- договор (контракт), дополнительное соглашение и соглашение о внесении изменений в договор (контракт);
- уведомление;
- претензия;
- приглашение;
- письмо;
- краткая расшифровка по оказанным услугам;
- согласие.

При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

4. Стороны обязаны немедленно уведомлять друг друга о прекращении или об изменении полномочий лиц, указанных в п. 1 настоящего Соглашения.

5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания Сторонами.

6. Все изменения и дополнения к настоящему соглашению имеют юридическую силу, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

Подписи сторон:

Заказчик

Исполнитель
Общество с ограниченной ответственностью
«Дантисть»

Директор _____ (В.А.Бучукури)