**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

Общество с ограниченной Ответственностью «Дентстом», зарегистрированное МИФНС № 15 по Санкт-Петербургу за ОГРН № 1117847414134, свидетельство о государственный реестр юридических лиц бланк серия 78 № 008367754, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ситникова Максима Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего ребёнка (степень родства/ законные основания) *заполняется в случае лечения несовершеннолетнего*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (данные Свидетельства о рождении),

именуемый(-ая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, с другой стороны, совместно именуемые стороны, вступая в гражданско-правовые отношения и руководствуясь ст. 779 - 783 ГК РФ и Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г., заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора.**

1.1. ПАЦИЕНТ поручает, а Исполнитель обязуется в период времени, согласованный сторонами, оказать услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности №78-01-003770 от 16 августа 2013 г., выданной бессрочно Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (190011, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 тел. (812) 635-55-63, 635-55-77) на основании решения лицензирующего органа – приказа от 16.08.2013 г. № 946-п.). Согласно указанной лицензии Исполнитель вправе осуществлять следующие виды медицинской деятельности: 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; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

1.2.  Виды диагностического обследования и лечения будут рекомендоваться ПАЦИЕНТУ индивидуально в соответствии с перечнем предоставляемых услуг по стоматологическому лечению и прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3 Назначение лечения, виды услуг, ценообразование определяется после прохождения медицинского осмотра и назначается в соответствии с согласованным с Пациентом планом лечения.

**2. Условия и сроки действия договора**

2.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии с согласованным Сторонами планом лечения, зафиксированном в амбулаторной карте Пациента.

2.2. Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяется врачом по медицинским показаниям и на основании волеизъявления Пациента и отражается в медицинской карте Пациента.

2.3. При заключении настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также Пациент подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах.

2.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения обязательств по согласованным срокам в случае, если ни одна из сторон не заявила о желании его расторгнуть.

**3. Стоимость, сроки и порядок расчётов**

3.1. Предстоящее лечение и его предварительная стоимость согласовывается с Пациентом и отражается в плане лечения.

3.2. Справочная стоимость работы/услуги определяется в соответствии с «Прейскурантом цен на стоматологические услуги», действующим на день составления Плана лечения.

3.3. Фактическая стоимость работы/услуги определяется в соответствии с «Прейскурантом цен на стоматологические услуги», действующим на день фактического оказания услуг, в соответствии с Планом лечения. Исполнитель информирует Пациента о стоимости работы/услуги до ее начала.

3.4. Перед началом протезирования зубов (временного или постоянного), операции имплантации, перед фиксацией ортодонтической аппаратуры, Пациент оплачивает общую согласованную стоимость работ в полном размере до момента сдачи.

3.5. Оплата услуг по договору производится в рублях (в наличной или безналичной форме).

3.6. В случае расторжения ДОГОВОРА, Исполнитель возвращает сумму, внесенную Пациентом, но не потраченную им в процессе лечения на основании письменного заявления последнего.

3.7. В случае расторжения ДОГОВОРА по инициативе Пациента им производится оплата всех оказанных услуг и материальных затрат, понесенных Исполнителем в соответствии с выполняемым планом лечения.

**4. Права и обязанности сторон**

4.1**. Пациент обязан:**

4.1.1. 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 24 часа.

4.1.2. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях в состоянии здоровья, возникающих в ходе лечения.

4.1.3. Предоставлять необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях, принимаемых препаратах, вредных привычках, а также другие сведения, которые могут оказать влияние на качество оказываемых Исполнителем услуг и состояние здоровья.

4.1.4. Соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача, в том числе являться на контрольные и профилактические осмотры, периодичность которых определяется лечащим врачом и Положением «О предоставлении гарантийных сроков и сроках службы», своевременно проходить контрольные осмотры и профилактические мероприятия.

4.1.5. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с «Прейскурантом цен на стоматологические услуги».

4.1.6. Удостоверять личной подписью факты ознакомления с информацией, полученной от лечащего врача за каждый вид планируемого вмешательства.

4.1.7. Соблюдать «Правила внутреннего распорядка для пациента».

4.1.8. Находясь в клинике вести себя спокойно и уважительно по отношению к персоналу клиники.

4.2. **Пациент имеет право:**

4.2.1. Ознакомиться с «Прейскурантом цен на стоматологические услуги», действующим на момент обращения.

4.2.2. Ознакомиться с Положением «О предоставлении гарантийных сроках и сроках службы».

4.2.3. На выбор врача, даты и времени визита к специалисту Исполнителя, согласованные обеими сторонами.

4.2.4. В любое время получать информацию об объеме и качестве стоматологической помощи, оказанной Исполнителем Пациенту.

4.3. **Исполнитель обязан:**

4.3.1. Предоставить в доступной форме Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов и получить от пациента добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства либо отказ от него.

4.3.2. Обеспечить Пациента информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, сведениями о квалификации специалистов, положением «О предоставлении гарантийных сроках и сроках службы».

4.3.3. Информировать Пациента о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций, об альтернативных методах лечения.

4.3.4. Предложить Пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

4.3.5. Информировать Пациента о стоимости услуг до их оказания.

4.3.6. Оказывать услуги в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения Пациентом сроков явки на запланированные приёмы).

4.3.7. Информировать о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

4.4. **Исполнитель имеет право:**

4.4.1. Отказать в приеме Пациенту в случае нахождение Пациента в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; при несоблюдении Пациентом «Правил внутреннего распорядка для пациента»; если требуемые Пациентом услуги не входят в план лечения и не предусмотрены Лицензией Исполнителя; при отказе Пациента подписывать настоящий Договор и предоставлять обязательную информацию в соответствии с требованиями действующего Законодательства.

4.4.2. Перенести прием опоздавшего Пациента на другой день или в другое время.

4.4.3. Требовать от Пациента сведения о предыдущем лечении в других медицинских учреждениях.

4.4.4. Заменить лечащего врача в случае его болезни, отпуска, психологической несовместимости.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом в соответствии с законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора. Исполнитель обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами в течение установленного гарантийного срока.

5.2. Исполнитель не несёт ответственности перед Пациентом в случаях:

5.2.1. Непредставления Пациентом информации, указанной в п.п. 4.1.2., 4.1.3. настоящего Договора.

5.2.2. Возникновения осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших побочных реакциях.

5.2.3. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

5.2.4. Повреждения Пациентом ортопедических и ортодонтических конструкций в результате неаккуратного обращения с ними, либо их утраты.

5.2.5. Исполнитель снимает с себя гарантийные обязательства в случаях, связанных с переделкой или исправлением результатов работ в другом медицинском учреждении или самим пациентом.

5.2.7. Гарантийные сроки на все виды работ предоставляются согласно «Положению о гарантийных сроках» при условии выполнения Пациентом рекомендаций врача в полном объеме. Гарантийные сроки могут быть установлены индивидуально врачом, о чем пациент предупреждается до начала оказания услуг.

5.2.8. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях наступления непредвиденных реакций организма пациента, являющихся его индивидуальными особенностями, не связанными с методом и видом выполненного лечения, в том числе, в случае возникновения у пациента аллергических реакций, а так же в случае наступление осложнений, не связанных с нарушением исполнителем методов диагностики, профилактики и лечения (в случаях рецидива имеющихся хронических стоматологических заболеваний).

5.2.9. Несоблюдения Пациентом 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.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за выполнение обязательств по настоящему договору, возникшие вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий.

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

6.3. Настоящий договор подписан в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой Стороны), и оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

6.4. Пациент подтверждает что до подписания настоящего Договора ознакомлен с Положением Исполнителя «О предоставлении гарантийных сроков и сроках службы», Прейскурантом цен на стоматологические услуги, Правилами внутреннего распорядка для пациента.

6.4. Ни одна из Сторон не имеет права передавать свои права и обязательства по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия на то другой Стороны.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. При невозможности достигнуть согласия Сторон в досудебном порядке спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.7. Пациент должен осознавать, что в процессе лечения возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

6.8. Участвуя в акционных предложениях Исполнителя, Пациент соглашается с условиями и сроками их проведения.

6.9.Пациент дает свое согласие на проведение видеосъемки во время приема, в соответствии с Федеральным Законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323, (статья 13 Соблюдение Врачебной тайны). Проведение видеосъемки во время приема проводится в целях контроля качества оказания стоматологических услуг и повышения удовлетворенности пациента уровнем оказания стоматологических услуг. Конфиденциальность проведения видеосъемки Исполнитель гарантирует.

6.10. ПАЦИЕНТ дает свое согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных в соответствии с Федеральным Законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» изм. ФЗ №261 от 25.07.2011г. (под обработкой персональных данных в названном законе понимаются действия с персональными данными физических лиц, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование.

6.11. ПАЦИЕНТ дает свое согласие на получение рекламной информации об акциях и специальных предложениях фирмы путем рассылки электронных писем и SMS-сообщений.

6.12. **Стороны согласовали, что электронная переписка, осуществляемая Сторонами в рамках выполнения настоящего Договора по e-mail, адреса которых указаны в реквизитах настоящего Договора является официальной, имеет юридическую силу и является письменным доказательством в соответствии с действующим законодательством. Вместе с тем, при истребовании одной Стороной предоставления оригиналов документов, направленных по электронной почте, другая Сторона обязана исполнить такое требование.**

**6.13.** В соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, Стороны договорились, что при заключении настоящего договора Исполнитель вправе использовать факсимиле воспроизведения подписи и печати с помощью средств механического или иного копирования.

**7. Реквизиты и подписи Сторон**

**Исполнитель Пациент**

|  |  |
| --- | --- |
| исполнитель:  «Дентстом»  ИНН 7804469941  КПП 780401001  ОГРН 1117847414134  ОКВЭД 86.23  195299, город Санкт-Петербург, проспект Просвещения, дом 99, литер А, пом. 176 Н  Р/счет 40702810155200002234  Кор/счет 30101810500000000653  Полное наименование банка Северо-Западный банк ПАО «Сбербанк России» г. Санкт-Петербург  БИК 044030653  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ситников Максим Сергеевич  М.п. | ПАЦИЕНТ:  Ф. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  И. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Телефон: моб. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспорт или иной документ удостоверяющий личность  Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  кем выдан: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Подпись ПАЦИЕНТА: **🗸**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |