**ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

**(договор возмездного оказания медицинских услуг)**

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г. Симферополь

ООО «Валеовита»,лицензия серия АЕ № 197699 от 25.04.2013 г., уведомление № 702 от 29.05.2015, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Исаченок В. Я., действующего на основании Устава с одной стороны и «Потребитель» (заказчик)

с другой стороны, далее именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1 Потребитель (заказчик) поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на платной основе медицинские услуги, в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств.

1.2 Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.3. По окончании работ Исполнитель и Потребитель подписывают квитанцию-договор, где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг, дата расчета и срок гарантии.

1.4. По окончании работ Исполнитель ( в лице лечащего врача-стоматолога) заполняет эпикриз, в котором описывается состояние здоровья Потребителя, указывается диагноз, причины возникновения недуга, результаты лечения и его обоснование, сведения о прогнозе и дальнейшие рекомендации.

1.5. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ближайший адрес : г. Симферополь, ул. Пушкина, 16, ГАУЗ РК «Крымский республиканский стоматологический центр»; с перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги без взимания платы, можно ознакомиться на сайтах Территориальных фондов ОМС РК [**http://tfomsrk.ru/**](http://tfomsrk.ru/)и г. Севастополя https:www.sevtfoms.ru/, в разделе «Реестр медицинских организаций».

**2. Порядок оказания услуг.**

2.1. В согласованное с Потребителем время Исполнитель организует осуществление осмотра Потребителя квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в медицинской карте Потребителя.

2.2. Необходимым условием выполнения договора является согласие Потребителя с предложенным планом лечения, оформленное его подписью в медицинской карте.

2.3. Для безопасности и эффективности стоматологического лечения Потребитель обязан заполнить Карту общего состояния здоровья, предоставив Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т. ч. сообщать об аллергии, гепатите, СПИДе, бронхиальной астме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях, туберкулезе, о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными. В случаях несообщения вышеперечисленных сведений Исполнитель снимает с себя ответственность за негативные последствия лечения, а Потребитель несет ответственность в установленном законом РФ порядке. Потребитель обязан заполнить Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство и другие документы.

2.4. Услуги Исполнителем оказываются в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя, либо материалами, приобретенными Потребителем в организациях, с которыми у Исполнителя заключены соответствующие договора, в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утвержденном в правилах оказания услуг в ООО «Валеовита».

2.5.Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя. Отказ Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в медицинской карте Потребителя. Исполнитель разъясняет Потребителю последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно, либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.6. Потребитель соглашается с тем, что для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения Потребителем специализированных лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях.

2.7. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания услуг в ООО «Валеовита» и прейскурантом до заключения настоящего договора.

2.8. Потребитель имеет право:

1) получать информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции Исполнителя;

2) получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах;

3) выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия;

4) выбирать время приема у врача из имеющегося свободного;

5) на проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

6) ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность «Исполнителя»;

7) получить ксерокопии медицинских документов;

8) на сохранение в тайне информации о своем здоровье.

2.9. Исполнитель не оказывает услуги в случаях:

2.9.1 у Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания;

2.9.2 Потребитель находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.9.3. Потребитель ведет себя агрессивно и его действия угрожают жизни и здоровью персонала.

2.10. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки Потребителя на прием может осуществляться в устной (по телефону) или письменной форме (талон).

**3.Стоимость услуг и порядок оплаты.**

3.1. Стоимость услуг определяется планом лечения и является приблизительной. Проведенные с согласия Потребителя дополнительные действия по п.2.5 оплачиваются им по расценкам, действующего прейскуранта.

3.2. Потребитель обязан оплатить услуги после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение терапевтических услуг по расценкам действующего на момент оплаты прейскуранта. Оплата производится наличными рублями в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Исполнителя Потребителю выдается бланк строгой отчетности.

3.3. Потребитель осуществляет предоплату ортопедических услуг в размере 70% стоимости по прейскуранту. До окончания протезирования должно быть оплачено 100% стоимости услуги.

3.4 Потребитель осуществляет предоплату имплантологических услуг в размере 100% стоимости по прейскуранту.

3.5. Потребитель осуществляет предоплату ортодонтических услуг в размере 100% стоимости по прейскуранту.

3.6.Стоимость действий п. 2.6 оплачиваются Потребителем в порядке, установленном в соответствующей организации.

3.7.Оказываемые по настоящему договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними источниками.

**4.Качество услуг. Гарантии.**

4.1. Исполнитель гарантирует Потребителю качественное оказание услуг по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а так же в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

4.2. Исполнитель принимает на себя обязательство по устранению недостатков некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение одного года с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

4.3.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.

4.4.Потребитель осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

1) строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача;

2) явка на прием в назначенный срок; при невозможности явки на прием в назначенное время, Потребитель обязан предупредить администрацию за 24 часа по телефону клиники;

3) предоставление Исполнителю точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне стоматологического кабинета лечении;

4) информирование Исполнителя при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения;

5) выполнение указаний медицинского персонала во время оказания услуги;

6) своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий вне стоматологического кабинета (диагностика, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры);

7) соблюдение гигиены полости рта и явка на назначенные профилактические осмотры;

8) соблюдение правил внутреннего распорядка ООО «Валеовита»;

4.5. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 Потребителя.

**5. Споры и ответственность**

5.1. Споры по договору решаются в досудебном порядке путем переговоров, и в случае недостижения сторонами согласия спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями или экспертами Стоматологической ассоциации России.

5.2. Претензии Потребителя составляются письменно и рассматриваются Исполнителем в течение 14дней

5.3. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины.

5.4. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности перед Потребителем в случае:

5.4.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

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

5.4.3. Возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут, в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата.

5.6. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Потребителем ранее оказанных медицинских услуг.

5.7. Потребитель несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

5.8. Потребитель обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Потребителя, а так же в силу указанных в п.4.4 обстоятельств.

5.9. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

**6. Заключительные положения**

6.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006 г., Федеральным Законом РФ «О защите прав потребителей» и действующим законодательством РФ.

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

6.3. Любая из сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив при этом другой стороне фактически понесенные расходы или убытки.

6.4. Содержащиеся в медицинской карте Потребителя сведения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.5.Содержащиеся в медицинской карте Потребителя дополнения к договору являются его существенными условиями.

6.6. При подписании настоящего договора Потребитель соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация о лицензии Исполнителя, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг. Потребитель до подписания настоящего договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.

6.7.Договор вступает в силу со дня подписания, и действует до выполнения сторонами своих обязательств. В случае невыполнения обязательств одной из сторон, договор расторгается в одностороннем порядке.

6.8. Договор составляется по одному экземпляру для каждой из сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения об «Исполнителе»  Общество с Ограниченной Ответственностью «Валеовита»  Адрес места осуществления деятельности юридического лица  295024, Республика Крым, г.Симферополь,  Ул. 2-ой Гвардейской Армии, дом 5 помещение литера А1  ИНН/КПП 9102027311/910201001  **Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: 1149102045278,** Свидетельствовыдано ИФНС по  г. Симферополю, дата выдачи: 23.09.2014  бланк: серия 23 № 008892641Адрес: 295053, Республика Крым, г.Симферополь, ул. М.Залки,д.1/9  Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В. Я. Исаченок        М.П. | **Потребитель (законный представитель потребителя)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись «Потребителя») (Дата)  **Заказчик (физ. Или юр. Лицо)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства (места нахождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Дата)  \*Подписывая настоящий договор, я подтверждаю, что ознакомлен(а) с планом лечения, с «Правилами внутреннего распорядка ООО «Валеовита», с перечнем гарантийных обязательств, правилами оказания платных услуг |

**Уважаемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О.)**

**Приглашаем Вас на обязательное посещение врача-стоматолога с целью**

**профилактического осмотра**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Результат профилактического**  **осмотра** | **Рекомендуемая дата**  **следующего осмотра** | **Подпись**  **врача** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уважаемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Ф.И.О.)**

**Приглашаем Вас на обязательное посещение врача-стоматолога с целью**

**профилактического осмотра**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Результат профилактического**  **осмотра** | **Рекомендуемая дата**  **следующего осмотра** | **Подпись**  **врача** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**

**Приглашение на профилактический осмотр получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (дата)**