

**ДОГОВОР № {НомерКарты}**  
**возмездного оказания стоматологических услуг**

г. Воронеж

{ТекущаяДатаПолная} г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Профессионал»**, осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО-36-01-003902 от 05 ноября 2019 г., регистрационный номер лицензии: Л041-01136-36/00335691, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и **Гражданин(ка) {Представитель.ФамилияИО}**, именуемый(ая) в дальнейшем **«Представитель пациента»**, с другой стороны, и **Гражданин(ка) {ФамилияИО}**, именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с третьей стороны, совместно именуемые – **«Стороны»**, заключили настоящий договор (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель в период времени, согласованный с Пациентом, обязуется оказать ему на возмездной (платной) основе стоматологические услуги в соответствии с планом обследования и лечения, рекомендуемым Исполнителем.

1.2. Представитель пациента обязуется произвести оплату оказанных Пациенту услуг в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Стоимость стоматологических услуг определяется согласно действующему на день оказания услуг прейскуранту.

2.2. Расчеты за стоматологические услуги осуществляются в форме предоплаты, частичной предоплаты и постоплаты в зависимости от вида оказываемых стоматологических услуг.

2.3. Оплата производится в рублях за наличный и безналичный расчет.

2.4. По всем гарантийным случаям работы выполняются безвозмездно.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

3.1. Исполнитель **обязан:**

- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества;
- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о плане обследования и лечения, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов;
- информировать Пациента до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе диагностических манипуляций и лечения;
- получить информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство;
- ознакомить Пациента и Представителя пациента со стоимостью лечения, а при изменении плана лечения получить дополнительное согласие Пациента на измененные этапы лечения, проинформировав Представителя пациента в случае изменения стоимости лечения.

3.2. Исполнитель **имеет право:**

- самостоятельно решать все вопросы, связанные с проведением диагностических мероприятий и техникой лечения, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента;
- в одностороннем порядке вносить изменения в прейскурант стоматологических услуг;

- отложить и отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае возникновения у Пациента противопоказаний;
- при грубых нарушениях Пациентом врачебных назначений, некорректном поведении последнего по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке в клинику в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при нарушении выполнения условий Договора Представителем пациента – отказать Пациенту в приеме как в день, назначенный для проведения процедуры, так и впредь, за исключением ситуаций, требующий экстренного врачебного вмешательства.

#### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА И ЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

##### **4.1. Пациент *обязан*:**

- своевременно сообщать Исполнителю всю достоверную информацию, необходимую для планирования и осуществления лечения;
- неукоснительно выполнять все врачебные назначения и рекомендации;
- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения;
- вести себя корректно по отношению к сотрудникам Исполнителя;
- своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа до времени приема;
- входить в лечебные кабинеты исключительно в бахилах и без верхней (уличной) одежды.

##### **4.3. Представитель пациента *обязан*:**

- полностью оплатить услуги, оказанные Пациенту Исполнителем, на условиях и в сроки, указанные в п.2 Договора.

##### **4.2. Пациент *имеет право*:**

- на предоставление любой информации о плане обследования и лечения;
- ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем;
- на выбор дня и времени явки на прием в соответствии с режимом работы Исполнителя с учетом расписания работы и занятости времени персонала Исполнителя;
- Пациент имеет право в любой момент отказаться от SMS информирования путём письменного отказа в свободной форме (см. п.6.1.).

##### **4.4. Представитель пациента *имеет право*:**

- на предоставление информации о стоимости лечения, сроках и условиях оплаты оказанных Пациенту услуг.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на все виды стоматологической помощи, за исключением консервативного лечения периодонтита, хронических заболеваний пародонта, лечения зубов с несформированными корнями и лечения молочных зубов.

5.2. Гарантия действует в течение 3-х (трёх) лет со дня окончания лечения (протезирования). Гарантия действительна только при условии посещения Пациентом назначенных и согласованных с Пациентом приемов для профилактического осмотра каждые полгода после завершения плана лечения.

5.3. В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Пациента, стоимость уже оказанных Пациенту, но неоплаченных услуг, подлежит оплате Представителем пациента в полном объеме.

5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за ухудшение состояния, связанное с грубым нарушением предписаний врача по проводимым стоматологическим процедурам, а также в случае невыполнения Пациентом рекомендованного Исполнителем плана лечения.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие редко встречающихся осложнений, указанных в инструкции на назначенные препараты в виде аллергической реакции, а также вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Пациентом/Представителем пациента своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Пациент согласен на SMS информирование по каналам связи.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

6.3. Все споры и разногласия между Сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством Российской Федерации

6.4. Договор со стороны исполнителя может быть подписан с использованием факсимиле подписи Управляющего – индивидуального предпринимателя.

## 7. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<b>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</b>	<b>ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА:</b>	<b>ПАЦИЕНТ:</b>
<p><b>ООО «Профессионал»</b> Адрес: 394042, Воронежская обл, г. Воронеж, ул. Минская, д. 2а Телефон: 8(473)2396001 ИНН/КПП 3665045350/366101001 ОГРН 1043600042254 р/с 40702810113380112241 к/с 30101810600000000681 Центрально-Черноземный банк ПАО Сбербанк России г. Воронеж БИК 042007681 Управляющий – индивидуальный предприниматель:</p> <p>_____ / Власенко Н.А. подпись</p>	<p>Гражданин(ка): {Представитель.ФамилияИм яОтчество}</p> <p>Паспорт: {Представитель.Паспорт}</p> <p>Адрес: {Представитель.Адрес}</p> <p>Телефон: {Представитель.Телеф оны}</p> <p>_____ / {Представитель.Фа мИлияИО};/ подпись</p>	<p>Гражданин(ка): {Фамилия ИмяОтчество}</p> <p>Паспорт: {Паспорт}</p> <p>Адрес: {Адрес}</p> <p>Телефон: {Телефоны}</p> <p>_____ / {ФамилияИО} / подпись</p>
<p>М.П.</p>		