

**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) {Родитель}**, являющийся(щаяся) родителем/законным представителем ребенка **{ФамилияИмяОтчество}** ({ДатаРождения} г.р.), именуемый(ая) в дальнейшем **«Представитель ребенка»**, с другой стороны, совместно именуемые – **«Стороны»**, заключили настоящий договор (далее – **«Договор»**) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

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

**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 Ребенку квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества;
- предоставить Представителю ребенка бесплатную, доступную, достоверную информацию о плане обследования и лечения, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов;
- информировать Представителя ребенка до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе диагностических манипуляций и лечения;
- получить информированное добровольное согласие Представителя ребенка на медицинское вмешательство;
- ознакомить Представителя ребенка со стоимостью лечения, а при изменении плана и/или стоимости лечения проинформировать Представителя ребенка и получить дополнительное согласие на измененные этапы 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 Ребенка;
- в одностороннем порядке вносить изменения в прейскурант стоматологических услуг;
- отложить и отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае возникновения у Ребенка противопоказаний;

#### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА**

##### **4.1. Представитель ребенка *обязан*:**

- своевременно сообщать Исполнителю всю достоверную информацию, необходимую для планирования и осуществления лечения Ребенка;
- контролировать выполнение Ребенком всех врачебных назначений и рекомендаций;
- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях у Ребенка, 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;
- полностью оплатить услуги, оказанные Исполнителем, на условиях и в сроки, указанные в п.2 Договора.
- при отказе ребенка от лечения, оплатить Первичный прием детского врача – стоматолога в размере 600 руб. (шестисот руб.) или фактически понесенные расходы в виде гигиенического набора анти-спид и/или анестезии.

##### **4.2. Представитель ребенка *имеет право*:**

- на предоставление 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.).

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель предоставляет Представителю ребенка гарантию на все виды стоматологической помощи, за исключением лечения зубов с несформированными корнями и лечения молочных зубов.

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

5.3. В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Представителя ребенка, стоимость уже оказанных и неоплаченных услуг Исполнителя подлежит оплате Представителем ребенка в полном объеме.

5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Представителем ребенка за ухудшение состояния Ребенка, связанное с грубым нарушением предписаний врача по проводимым стоматологическим процедурам.

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 Представителем ребенка своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. Представитель ребенка 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

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

#### **ООО «Профессионал»**

Адрес: 394042, Воронежская обл,  
г. Воро-неж, 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:

\_\_\_\_\_ /Власенко Н.А.  
подпись

### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ РЕБЕНКА:

Гражданин(ка): {Родитель}

Паспорт: {Паспорт}

Адрес: {Адрес}

Телефон: {Телефоны}

Email:

\_\_\_\_\_ /{Родитель}/  
подпись

М.П.