**ДОГОВОР №..........**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ (СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ) УСЛУГ**

г. Балабаново «……»…………………..202…г.

ООО «Улыбка», в дальнейшем именуемое «Клиника», предоставляющее стоматологические услуги по гигиене в стоматологии,

рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии профилактической, ортопедической, терапевтической, хирургической, детской, стоматологии общей практики, ортодонтии, имеющее лицензию № ЛО-40-01-000851 от 7 июля 2014 года, выданную Министерством здравоохранения Калужской области (г. Калуга, ул. Пролетарская д. 111, тел. (4842) 71-90-02), в лице Генерального директора Дадаян А.М, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в дальнейшем именуемый(ая) «Пациент», (или его представитель), с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Пациент поручает, а Клиника принимает на себя выполнение платных стоматологических услуг (Услуга) по комплексному лечению острых и хронических стоматологических заболеваний Пациента.

1.2. Указанные в п.1.1 настоящего договора медицинские услуги, Клиника оказывает в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесёнными в амбулаторную карту Пациента врачом ООО «Улыбка».

1.3. До определения плана лечения, Пациент для установления предварительного диагноза и объёма необходимого лечения, проходит обследование, по результатам которого устанавливается предварительный диагноз и план лечения. Также Пациент соглашается с тем, что при проведении обследования может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которое осуществляется Пациентом за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Клиники, Клиника оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

1.4. Оплата обследования и установление предварительного диагноза оплачиваются пациентом в соответствии с п.3.2 настоящего договора.

**2. ОБЪЁМ И КАЧЕСТВО УСЛУГ**

2.1. Клиника обязана обеспечивать соответствие оказываемой лечебно-профилактической помощи установленным профессиональным стандартам.

2.2. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения, оформленное подписью Пациента в Добровольном информированном согласии. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.3. Услуги оказываются сотрудниками Клиники (врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании, и материалами Клиники в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утверждённом в правилах оказания услуг в Клинике.

2.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия Пациента. Отказ Пациента от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением Пациенту последствий такого отказа.

**3. СТОИМОСТЬ И ОПЛАТА УСЛУГ**

3.1. Стоимость услуг (включая обследование и постановку предварительного диагноза) определяется планом лечения в соответствии с действующим на момент оказания Услуги прейскурантом. Проведенные с согласия Пациента дополнительные действия по п.2.4. оплачиваются им по расценкам действующего на данный момент прейскуранта.

3.2. Пациент обязан оплатить услуги после каждого приёма врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент оплаты прейскуранта. Оплата производится наличными рублями в кассу Клиники или путём перечисления безналичных платежей на лицевой счёт клиники через терминал.

3.3. Пациент полностью возмещает Клинике понесённые убытки, если клиника не смогла оказать услугу или была вынуждена прекратить её по вине или по желанию пациента.

3.4. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания услуг и прейскурантом Клиники до заключения настоящего договора.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Пациент обязан:

- предоставлять Клинике до оказания медицинской услуги точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне Клиники лечении;

- точно и своевременно выполнять назначение и рекомендации врача, правила внутреннего распорядка клиники;

- своевременно информировать врача об изменениях в состоянии здоровья или других изменениях, происходящих в ходе обследования, лечения или после него, включая появление болевых или дискомфортных ощущений;

- выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуг;

- своевременно и точно выполнять назначенные врачом мероприятия вне Клиники (диагностика, консультация специалистов, лечебные и профилактические процедуры);

- соблюдать гигиену полости рта и являться в назначенные сроки на профилактические осмотры;

- своевременно оплатить стоимость Услуг, проведённых Клиникой.

4.2 Пациент имеет право:

- получать исчерпывающую информацию о предоставляемых Клиникой услугах;

- выбирать лечащего врача (с учетом специализации) и время приема у этого врача (из имеющегося свободного);

- на сохранение в тайне информации о своих персональных данных и о своем здоровье.

4.3. Клиника обязана:

- оказать Пациенту качественную Услугу, подходящую ему по медицинским показаниям;

- использовать методики, технологии, материалы, оборудование, разрешенные к применению на территории РФ;

- устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийного срока оказанной услуги, если иное не указано врачом в медицинской карте.

При установлении гарантийного срока на результаты стоматологических работ руководствоваться следующими сроками при соблюдении пациентом рекомендаций лечащего врача стоматолога-терапевта, (стоматолога-ортопеда, детского стоматолога):

*Гарантия на пломбировочный материал:*

Стеклоиономер химического отверждения (Fuji VIII) – 1 год

Пломба светового отверждения (Vitrebond, Vitremer, Filtek Ultimate, Ceram-X mono) – 1 год.

*Гарантия на несъемные зубные протезы:*

Пластмассовые – 6 месяцев.

Цельнолитые – 2 года

Металлокерамические, металлоакриловые – 1 год

*Гарантия на съемные зубные протезы:*

Пластиночные, пластмассовые – 6 месяцев;

Бюгельные – 1 год.

Гарантия на результаты стоматологических ортопедических работ не распространяется на зубные протезы, имеющие механические повреждения, возникшие в результате небрежного пользования.

4.4. Клиника имеет право:

- назначать и переназначать персонал для оказания Услуг;

- решать вопрос о выборе методики и используемых материалов;

- в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять и выполнять манипуляции, в том числе и не предусмотренные настоящим Договором;

- не оказывать услуги, если у Пациента острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также, если Пациент находится в состоянии опьянения.

**5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Клиника несёт ответственность за причинение вреда здоровью Пациента в ходе лечения в соответствии с нормами ГК РФ об ответственности за причиненный вред, а также нормами ФЗ «О защите прав потребителей».

5.2. Клиника не несёт ответственность за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить. Данные обстоятельства не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.3. Пациент несёт ответственность за невыполнение или несвоевременное выполнение условий, перечисленных в п.4.1. То есть, осознает и понимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на оказание Услуг, их эффективность, безопасность, а также на сроки оказания и длительность полезного действия Услуг.

5.4. При необходимости дополнительного медицинского вмешательства, связанного с результатами настоящего лечения, обращение в иное лечебное учреждение без консультации с ООО « Улыбка» для выяснения причин такого вмешательства, прекращает ответственность клиники.

5.5. Клиника не несёт ответственность за сохранность ценных вещей Пациента.

**6. СРОК И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1.Настоящий договор вступает в силу с даты подписания его Сторонами и действует до окончания исполнения обязательств.

6.2 Договор может быть расторгнут по взаимному согласию Сторон с составлением Акта о расторжении договора.

**7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1.По всем вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.2.Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике «Улыбка»)

- информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство (хранится в амбулаторной карте)

- согласие на обработку персональных данных Пациента ( в соответствии с ФЗ «О персональных данных» Х-152 ФЗ от 27.07.2006 г.)

7.3. Дополнительные условия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Клиника: ООО «Улыбка», Калужская область, г. Балабаново, ул. 50 лет Октября, дом 10

ИНН 4003027664, ОГРН 1074025008067, выданы МИФНС № 6 по Калужской области 21 декабря 2007 года; ОКПО 82851880

Пациент (адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(лица, имеющие право в силу законодательства РФ на подписание настоящего договора)

**9. ПОДПИСИ СТОРОН**

**КЛИНИКА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПАЦИЕНТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**