**ООО «ДЕНТАЛКРАФТ»,** **630015, Новосибирская область, г. Новосибирск,** **ул. Гоголя, д. 209, оф. 4**

**т. +7(923)107-47-77, e-mail: dentalcraft154@gmail.com**

ДОГОВОР № \_\_

возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг

г. Новосибирск \_\_.\_\_.2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью "ДЕНТАЛКРАФТ", в лице директора Новомлинской Ирины Игоревны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Организация» с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны заключили настоящий договор в пользу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого (ой) в дальнейшем «Потребитель», о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1.Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Общество с ограниченной ответственностью "ДЕНТАЛКРАФТ", ИНН 5405099558 КПП 540501001 ОГРН 1245400037651, действующее на основании листа записи в ЕГРЮЛ от 21.10.2024., выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 16 по Новосибирской области, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01125-54/02233633, выданной министерством здравоохранения Новосибирской области от 25.04.2025, включающей в себя работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии хирургической, срок действия – бессрочно.

1.1.2. Адрес места нахождения: 630015, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Гоголя, д. 209, оф.4

1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг 630015, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Гоголя, д. 209, оф.4

1.2. Сведения о Потребителе *(если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик, то в п. 1.2.1. Договора вписывается слово «Заказчик»):*

1.2.1. Фамилия, имя и отчество *(если имеется),* дата рождения, адрес регистрации и адрес получения почтовых отправлений, телефон Потребителя (законного представителя Потребителя):

ФИО, \_\_.\_\_.\_\_\_ г. рождения. Адрес: г. , ул. , д. , кв. , Тел: 7000000000

1.3. Сведения о Заказчике:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), дата рождения, адрес регистрации и адрес получения почтовых отправлений, телефон, основание правового статуса Заказчика/Законного представителя *(заполняется, если Заказчик физическое лицо):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3.2. Наименование и адрес места нахождения *Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обеспечивает оказание платных медицинских услуг «Потребителю» в соответствии с планом (планами) лечения, согласованным с «Потребителем (Заказчиком)» и являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. При необходимости дополнительных медицинских вмешательств их перечень согласовывается с пациентом путем согласования нового плана лечения.

2.2. «Заказчик (Потребитель)» принимает услугу и оплачивает «Исполнителю» стоимость медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом «Исполнителя», действующим на момент оказания услуги.

2.3. При заключении Договора «Заказчику (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 и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Новосибирской области.

2.4. «Заказчик (Потребитель)» был информирован в том, что до заключения договора у него имеется возможность ознакомиться на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» со следующей информацией:

а) перечень платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

б) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

в) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

г) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

2.5. «Заказчик (Потребитель)» был проинформирован о том, что по его требованию ему должна быть предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего Прейскуранта Исполнителя в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. «Заказчик (Потребитель)» ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.2. Оплата конкретной медицинской услуги производится до фактического начала оказания услуги или в день ее оказания на основании Прейскуранта «Исполнителя» за наличный или безналичный расчет, если письменным дополнительным соглашением сторон к настоящему договору не установлено иное.

3.3. Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом «Потребителя (Заказчика)». Без согласия «Потребителя (Заказчика)» «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.4. По требованию «Заказчика (Потребителя)» на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. «Заказчик (Потребитель)» имеет право:

4.1.1. все права, предусмотренные Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и права, предусмотренные Законом РФ «О защите прав потребителя»;

4.1.2. получить информацию о предоставляемой ему медицинской услуге;

4.1.3. получить медицинскую документацию по запросу без взимания платы в порядке и сроке согласно приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

4.1.4. знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность «Исполнителя» и его врачей;

4.1.5. отказаться от исполнения услуги с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой на проведение услуги;

4.1.6. «Заказчик (Потребитель)» дает согласие на электронную переписку с «Исполнителем» с официальной электронной почты **dentalcraft154@gmail.com** и официального номера телефона **+7(923)107-47-77**, ведение медицинской документации (медицинской амбулаторной карты) в электронном виде.

4.1.7. «Заказчик (Потребитель)» дает согласие на получение от «Исполнителя» информации, в том числе рекламной, посредством отправки сообщений на электронный адрес, указанный «Заказчиком/Потребителем» на первой (титульной) странице медицинской амбулаторной карты пациента.

4.2. «Заказчик (Потребитель)» обязан:

4.2.1. Проинформировать лечащего врача до момента оказания ему медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, достоверно заполнить, предоставленную «Исполнителем» анкету.

4.2.2. Строго соблюдать Правила внутреннего распорядка ООО «ДЕНТАЛКРАФТ».

4.2.3. Своевременно оплатить стоимость лечения;

4.2.4. Точно и в срок выполнять данные ему «Исполнителем» врачебные назначения;

4.2.5. Соблюдать гигиену полости рта и прохождения всех, сохраняющих и восстановительных процедур, которые назначены «Исполнителем»;

4.2.6. В указанный «Исполнителем» срок являться на выполнение контрольных проверок и профилактических мероприятий (не реже 1 раза в 6 месяцев). При неявке на контрольную проверку Исполнитель снимает с себя гарантийные обязательства.

4.2.7. Уведомить «Исполнителя», если он не может прийти на прием за одни сутки.

4.3. «Исполнитель» имеет право:

4.3.1. Требовать от «Потребителя» исполнения всех предписаний специалистов «Исполнителя»;

4.3.2. В случае неявки или опоздания пациента сделать перенос посещения по своему усмотрению;

4.3.3. В случае жизненных показаний/экстренной помощи самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания такой медицинской помощи, в том числе, не предусмотренной договором;

4.3.4. В случаях, установленных действующим законодательством, устанавливать и изменять гарантийные сроки.

4.3.5. Отказаться от исполнения обязательств в случае невозможности исполнения по вине «Потребителя», а именно:

- нарушение плана лечения;

- неявки на очередной прием;

- нарушение режима проводимых процедур;

- нарушения диеты;

- злоупотребления алкоголем, наркотическими средствами и т.д. а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

4.4. «Исполнитель» обязан:

4.4.1. Оказать «Потребителю» качественную, квалифицированную медицинскую услугу;

4.4.2. Предоставить «Заказчику (Потребителю)» бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

5. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Оказываемые медицинские услуги представляют собой стоматологическую помощь согласно плану (планам) лечения, согласованному (ым) с «Заказчиком (Потребителем)».

5.2. Учитывая технологию выполнения медицинской услуги, индивидуальные физиологические особенности организма «Потребителя», он должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, сведения о которых он получает при даче информированного добровольного согласия на соответствующее медицинское вмешательство.

5.3. Учитывая, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие особенностей фармакологического воздействия, биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственность за наступление побочных эффектов и осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех установленных требований и стандартов. В случае, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи, «Исполнитель» оказывает ее без дополнительной оплаты.

5.4. Медицинская услуга не оказывается, если у «Потребителя» имеются острые воспалительные заболевания. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.5. Заключая настоящий договор, «Заказчик (Потребитель)» осознает, что в процессе оказания медицинской услуги существует возможность возникновения необходимости изменения плана лечения полностью или частично, включая дополнительные медицинские процедуры и манипуляции, которые невозможно предвидеть на момент первичного осмотра определенно или полностью. На момент начала оказания медицинских услуг допускается установление предварительного диагноза.

5.6. «Исполнитель» гарантирует:

- условия психологического комфорта и безболезненного проведения лечебно-диагностических манипуляций;- использование сертифицированных пломбировочных, зубопротезных материалов, слепочных масс и прочих стоматологических препаратов и средств;

- строгое соблюдение правил асептики и антисептики;

- оказание услуги сертифицированными специалистами.

5.7. Гарантийный срок на лечение – 1 год. *При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все виды услуг уменьшаются на 50%, при нарушении графиков профилактических осмотров гарантия аннулируется*. «Исполнитель» выдает «Заказчику (Потребителю)» квитанцию, подтверждающую гарантийные обязательства в течении указанного срока. Гарантийные обязательства не распространяются на ранее леченные пациентом зубы (в другом учреждении), на зубы, в отношении которых «Потребитель» был предупрежден о возможном неблагоприятном прогнозе вне зависимости от правильности проведенного лечения.

С условиями предоставления гарантии согласен ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. «Заказчик» несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. «Заказчик (Потребитель)» несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) «Исполнителя», в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. В случаях, предусмотренных п. 6.3. - 6.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6.6. «Заказчик» обязан полностью возместить «Исполнителю» понесенные убытки, если он не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине «Потребителя».

7.СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Консультативные услуги оказываются по записи в день обращения, исходя из конкретной клинической ситуации пациента и с учетом материально-технической возможности у Исполнителя, загруженности приема врача.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему договору устанавливаются планом (планами) лечения, согласованным с «Потребителем (Заказчиком)» и являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

7.3. «Исполнитель» вправе изменить сроки оказания услуг по настоящему договору при нарушении «Потребителем» режима лечения, а также в случае, предусмотренном ст.6.5 Договора.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения обязательств в натуре.

8.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

8.3. Договор может быть расторгнут по другим основаниям, предусмотренных действующим законодательством.

9.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) дает согласие на открытую видеосъемку в целях обеспечения прав Потребителя при оказании медицинских услуг, путем установки видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников, в рентген кабинетах с целью осуществления контроля качества медицинских услуг, а также в коридорах и холле и иных служебных помещениях для сохранности имущества Исполнителя и Потребителя (Заказчика).

9.2. Все споры по настоящему договору или в связи с ним, в том числе касающиеся его существования, действительности, исполнения, изменения, прекращения, решаются путем переговоров, с привлечением при необходимости клинико-экспертной комиссии «Исполнителя» в сроки, предусмотренные законодательством. В случае невозможности разрешить спор путем переговоров споры подлежат рассмотрению в суде.

9.3. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9.3. В случае отказа «Потребителя» после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. «Исполнитель» информирует «Заказчика» о расторжении договора по инициативе «Потребителя», при этом «Заказчик» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

9.5. До заключения Договора Исполнитель уведомляет в письменной форме Потребителя о том, что несоблюдение 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 Потребителя.

9.6. «Потребитель» может направить обращение (жалобу) в письменном виде путем почтового отправления через Почту России или с курьером по адресу: 630015, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Гоголя, д. 209, оф.4, а также на электронный адрес dentalcraft154@gmail.com.

9.7. «Потребитель» может направить обращение (жалобу) в органы государственной власти:

- Министерство Здравоохранения Новосибирской области принести лично или посредством Почты России по адресу: 630007, г.Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 18, также посредством электронной связи путем заполнения формы на сайте <https://zdrav.nso.ru>.

- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения принести лично или посредством Почты России по адресу: 630007, г.Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 11, также посредством электронной связи путем заполнения формы на сайте <https://www.roszdravnadzor.gov.ru>.

- Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Новосибирской области принести лично или посредством Почты России по адресу: 630132, г.Новосибирск, ул. Челюскинцев, д. 7а, также посредством электронной связи путем заполнения формы на сайте <https://54.rospotrebnadzor.ru>.

Я даю разрешение на использование моих персональных данных , сообщения сведений о моем здоровье, относящихся к понятию «врачебная тайна» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ( указать кому, ФИО) а так же привлеченным для организации лечебного процесса лицам, контролирующим организациям)

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| «ИСПОЛНИТЕЛЬ»  ООО «ДЕНТАЛКРАФТ»  Юр., факт. Адрес и место оказания услуг:   |  | | --- | | 6З0015, Россия, Новосибирская обл., г. Новосибирск, Улица Гоголя, д.209, оф 4  ОГРН: 1245400037651  ИНН: 5405099558  Р/С: 40702810923240011240  БИК: 045004774  БАНК: ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК”  K/C:30101810600000000774  dentalcraft154@gmail.com  **Директор/**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Новомлинская Ирина Игоревна/**  **М.П.** | | «ЗАКАЗЧИК»  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия, номер ,  выдан:\_\_\_ ,    Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Один экземпляр договора получен  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/ |