ДОГОВОР

**на предоставление платных стоматологических услуг**

**г. Владивосток \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

Общество с ограниченной ответственностью «САНАДЕНТ», именуемое в дальнейшем ***«Исполнитель»***, в лице Генерального директора Цой Хак Бон, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин ${Familia} ${Name} ${Patronymic} именуемый в дальнейшем ***«Пациент»***, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора.**
   1. Исполнитель действует на основании лицензии № ЛО-25-01-002882 от «21» октября 2015 года.
   2. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные стоматологические услуги, а именно: консультации, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, стоматологии ортодонтической, что отмечается в медицинской карте, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.
   3. С даты заключения настоящего Договора услуги оказываются после проведения консультации и при необходимости составления и согласования с Пациентом ***Плана лечения*** либо ***Курса лечения*** (в зависимости от характера оказываемых стоматологических услуг).
2. **Права и обязанности Сторон.**
   1. Исполнитель обязуется:

* оказать стоматологическую услугу (услуги) после проведения консультации и при необходимости составления и согласования с Пациентом ***Плана лечения*** либо ***Курса лечения*** (в зависимости от характера оказываемых стоматологических услуг);
* обеспечить соответствие предоставляемых Пациенту платных стоматологических услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;
* по просьбе Пациента обеспечить его бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы, перечне платных стоматологических услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя;
* исходя из состояния здоровья Пациента и целей оказания стоматологической помощи, определить оптимальные методы диагностики и лечения, а также последовательность проводимых лечебных мероприятий;
* в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, назначить другого врача для проведения лечения или перенести прием на другой, удобный для Пациента день;
* предоставить Пациенту сведения о результатах обследований, диагнозах (в случае обнаружения заболеваний), возможных вариантах лечения, их предполагаемых последствиях и ожидаемых результатах оказания стоматологических услуг.
  1. Пациент обязуется:
* до подписания настоящего Договора предъявить документ, удостоверяющий его личность или страховой медицинский полис (в случае если Пациент является лицом, застрахованным в одной из страховых компаний, с которой у Исполнителя заключен договор на предоставление лечебно-диагностической помощи), а также ознакомиться с Прейскурантом Исполнителя;
* оплатить Исполнителю стоимость услуг, оказываемых на основании настоящего Договора, в соответствии с п. 3 настоящего Договора;
* неукоснительно выполнять все необходимые требования и предписания специалистов Исполнителя, оказывающих стоматологические услуги, включая своевременное и полное прохождение Пациентом комплекса диагностических обследований, соблюдение графика приемов специалистов, приема лекарственных средств и прохождения лечебных процедур, соблюдение иных требований и предписаний, обеспечивающих эффективность оказания стоматологических услуг по настоящему Договору;
* предоставить специалистам Исполнителя необходимые для качественной стоматологической помощи достоверные сведения, в том числе подробные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и имеющихся заболеваниях (в том числе гепатитов, ВИЧ-инфекции), непереносимости каких-либо лекарств, препаратов и процедур, о проведенных ранее обследованиях и лечении, иные сведения;
* в случае невозможности явиться на прием в согласованное со специалистом Исполнителя время, предупреждать об этом администрацию Исполнителя за 24 часа.

1. **Порядок оплаты.**
   1. Расчеты по настоящему Договору производятся в российских рублях на основании Прейскуранта цен, действующего на момент оплаты услуг.
   2. Оказываемые по настоящему Договору стоматологические услуги могут быть оплачены как Пациентом, так и страховой компанией Пациента, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом.
   3. Оказанные Исполнителем консультации услуг оплачиваются отдельно по факту предоставления Пациенту этих услуг.
   4. Оплата стоимости стоматологических услуг (терапия, хирургия, рентгенология) производится по факту предоставления Пациенту этих услуг.
   5. Оплата стоимости стоматологических услуг (ортопедия) производится в форме 40% авансового платежа до начала оказания стоматологических услуг, но после проведения консультации и при необходимости составления и согласования с Пациентом Плана лечения либо Курса лечения (в зависимости от характера оказываемых стоматологических услуг).
   6. Оплата стоимости стоматологических услуг (имплантология) производится в форме 100% авансового платежа до начала оказания стоматологических услуг, но после проведения консультации и при необходимости составления и согласования с Пациентом Плана лечения либо Курса лечения (в зависимости от характера оказываемых стоматологических услуг).
   7. Оплата оставшейся стоимости производится по факту завершения оказания соответствующих услуг.
2. **Сроки предоставления услуг.**
   1. Услуги оказываются в сроки, согласованные между Исполнителем и Пациентом, после проведения консультации и при необходимости составления и согласования с Пациентом Плана лечения либо Курса лечения (в зависимости от характера оказываемых стоматологических услуг).
   2. Сроки оказания услуг могут быть изменены Исполнителем при наступлении условий, указанных в п. 2.1., 2.2. настоящего Договора.
3. **Срок действия Договора.**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течении одного календарного года до полного исполнения взятых на себя Сторонами обязательств.
   2. с момента вступления его в силу и может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за тридцать дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий договор.
   3. Изменение и расторжение настоящего Договора возможно по соглашению Сторон. Факт расторжения настоящего Договора удостоверяется подписанием Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору о его расторжении.
4. Ответственность Сторон.

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. При несоблюдении или ненадлежащем соблюдении Пациентом рекомендаций, предписаний специалистов Исполнителя, а также при нарушении им иных, взятых на себя по настоящему Договору обязательств, Исполнитель не несет ответственности за возникновение каких-либо осложнений со здоровьем Пациента, являющихся следствием таких нарушений.

6.3. Исполнитель несет ответственность за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Осложнения, а также иные побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие индивидуальных физиологических особенностей организма, вероятность возникновения которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества оказываемых услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

1. Порядок разрешения споров.
   1. В случае возникновения у Пациента жалоб, связанных с предоставлением ему услуг по настоящему Договору, Пациент должен обратиться с претензией непосредственно к руководству Исполнителя.

Претензия должна быть оформлена в письменном виде с указанием причины, вызвавшей необходимость подобного обращения, и подписана Пациентом.

* 1. Исполнитель обязан в течение 7 (Семи) дней с момента получения претензии рассмотреть ее и предоставить Пациенту мотивированный ответ.
  2. В случае если результаты рассмотрения претензии не позволят Сторонам прийти к определенному решению по спорному вопросу, Стороны обращаются к специалистам-экспертам для проведения независимой медицинской экспертизы. Указанная экспертиза проводится за счет Пациента.
  3. В случае если претензионный порядок и независимая медицинская экспертиза не позволили Сторонам достигнуть договоренности, споры и разногласия, возникшие между Пациентом и Исполнителем, подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия.

8.1. Срок гарантии на стоматологические услуги по настоящему Договору составляет 1 год с момента оказания соответствующей услуги при условии прохождения Пациентом профилактического осмотра у Исполнителя два раза в течение гарантийного срока, установленного настоящим пунктом.

8.2. Все изменения, дополнения и иные документы, составляемые на основании и во исполнение настоящего Договора, будут действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами настоящего Договора.

8.3. Взаимоотношения Сторон, не урегулированные настоящим Договором, регламентируются действующим законодательством РФ.

8.4. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.222222

9. Адреса, реквизиты и подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Пациент |
| ООО «САНАДЕНТ»  Юридический адрес: 690091, Приморский край, Владивосток г, Авроровская ул., дом № 17, офис 22  Фактический адрес: 690091, Приморский край, Владивосток г, Авроровская ул., дом № 17, офис 22  ИНН 2543068936/ КПП 254001001  р/с 40702810650000012262  в ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ БАНК ОАО "СБЕРБАНК РОССИИ"  к/с 30101810600000000608  БИК 040813608 | Ф.И.О. ${Familia} ${Name} ${Patronymic}  Дата рождения: ${DataBorn}  Паспорт серии ${Seria} № ${Number}  выдан ${DataTaking},  Кем: ${WhereTake}  Место жительства: г. ${FirstCity}, ул. ${FirstStreet}, ${FirstHouse}-${FirstFlat}  Тел.: ${Phone}${AddPhone} |
| Генеральный директор | **Пациент** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / **Цой Хак Бон/** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |