**ДОГОВОР № ${NomerDog}**

оказания стоматологических услуг

г. Санкт-Петербург **«${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog}** г.

Общество с ограниченной ответственностью «ИНФИНИТИ СТОМ» (факт внесения сведений в ЕГРЮЛ подтверждается свидетельством о государственной регистрации юридического лица от 21.05.2019, выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу), действующее в соответствии с медицинской лицензией № ЛО-78-01-010465 от «25» декабря 2019 года, выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербург, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и **${fioPokupatelya},** действующий (ая) по своей воле и в своих интересах, именуемый (ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет Договора**

1.1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство, в период времени, согласованный сторонами, оказывать Пациенту, услуги по стоматологии согласно видам деятельности заявленным в приложении к действующей лицензии № ЛО-78-01-010465 от «25» декабря 2019 года а также, в случае необходимости, по дополнительным видам стоматологических услуг, осуществляемых партнерами ООО «ИНФИНИТИ СТОМ» согласно действующим с ними договорам , именуемые далее "стоматологические услуги", отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.1.2. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению на момент заключения данного договора, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

**2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации.**

**2.1. Исполнитель обязуется**

2.1.1. Оказывать стоматологические услуги в соответствие с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте Пациента, с применением необходимых материалов, медикаментов, оборудования и их обработки.

2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания стоматологических услуг.

2.1.3. Предоставить Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

2.1.6. По возможности предоставлять гарантию на оказываемые услуги.

**2.2. Исполнитель имеет право**

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента.

2.2.2. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения третьим лицам по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими.

2.2.3. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

2.2.4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.

2.2.5. Увеличить объем стоматологической помощи без письменного согласия Пациента, если это необходимо в интересах состояния здоровья Пациента.

2.2.6. Приостановить выдачу медицинской документации Пациенту в случае задержки оплаты до разрешения разногласий;

2.2.7. Требовать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.8. Организовывать за счет Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности их выполнения силами Исполнителя;

2.2.9. Отказать в приеме (или переназначить) Пациента (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала;

- требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте;

- опоздание на прием более 15 минут;

- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других Пациентов;

- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники.

2.2.10. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием места жительства и паспортных данных.

**2.3. Пациент обязуется**

2.3.1. Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

2.3.2. Пациент должен предоставлять всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания стоматологической услуги.

2.3.3. Явиться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, заказ-нарядом.

2.3.7. Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого Пациента без гарантии качества со стороны врача.

2.3.8. Ознакомиться и подписать информированное согласие на медицинское вмешательство.

2.3.9. Ознакомиться с положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги (в случае наличии).

2.3.10. Хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон, в случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных специалистов.

2.3.11. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).

**3. Цена договора и порядок расчетов.**

3.1.1. Цена Договора ${ProcentSummaKredit} оценивается в рублях, складывается из стоимости   
стоматологических услуг, в соответствии с Прейскурантом, действующими на момент подписания Договора, и фиксируется в заказ-наряде, который является неотъемлемой частью Приложения № 1 к настоящему договору.

3.1.2. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из объемов оказанных услуг.

3.1.3. Исполнитель информирует Пациента о стоимости работ до ее начала.

3.1.4. Расчеты по настоящему договору за ортопедические услуги осуществляются в порядке 100 % предоплаты цены договора.

3.1.5. Расчеты по настоящему договору за терапевтические, хирургические, пародонтологические и прочие стоматологические услуги и услуги рентген кабинета осуществляются по факту оказанных услуг.

3.1.6. Исполнитель предоставляет Пациенту возможность свободного выбора удобного ему (Пациенту) способа оплаты стоматологических услуг из перечисленных:

- за счет собственных денежных средств (наличными или безналичным расчетом (банковская карта));

- за счет привлечения заемных средств (посредством заключения кредитного договора с выбранным банком);

3.1.7. Оплата стоматологических услуг по настоящему договору осуществляется выбранным Пациентом способом, а именно: ${type}

3.1.8. Исполнитель может предоставить скидку на погашение расходов по оплате процентов банка.

3.1.9. Исполнитель не является стороной заключенного Пациентом договора с кредитной организацией, а соответственно не несет ответственности за исполнение обязательств по указанному договору, в том числе по оплате процентов за пользование кредитными денежными средствами, уплате неустоек, пени, штрафов.

3.1.10. Оплата считается произведенной с момента поступления денег на расчетный счет (по безналичному расчету) или в кассу (при внесении наличных денежных средств) Исполнителя.

**4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путём переговоров, что не является претензионным порядком.

4.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, являются его неотъемлемой частью и имеют

юридическую силу, только если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями Сторон.

4.4. В случае невозможности разрешения споров путём переговоров, Стороны разрешают их в судебном порядке, предусмотренном законодательством РФ.

4.5. При досрочном расторжении настоящего договора по инициативе Пациента, он обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы и оказанные стоматологические услуги, по стоимости, указанной в настоящем договоре. Отказ Пациента от получения стоматологических услуг, в рамках настоящего договора, оформляется в письменной форме.

**5. Прочие условия**

5.1. Стоматологические услуги считаются оказанными в полном объеме после выполнения исполнителем всех обязательств согласно заказ-наряду (Приложение №1 к данному договору).

5.2. Настоящий договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

5.3. Использование факсимильного воспроизведения подписи допускается в порядке, предусмотренном ст. 180 ГК РФ.

5.4. Пациент ознакомлен и согласен с «Правилами предоставления платных стоматологических услуг», а также со всеми условиями их предоставления и оказания.

5.5. Пациент предупрежден обо всех возможных показаниях и противопоказаниях к оказанию и получению рекомендованных, согласованных с ним (с Пациентом) и/или выбранных им (Пациентом) стоматологических услуг, а также о возможных индивидуальных аллергических реакциях и негативных эффектах, обусловленных индивидуальными особенностями организма, и гарантирует, что не имеет противопоказаний к получению этих услуг.

5.6. Пациент своей подписью подтверждает, что в процессе заключения договора, до подписания всех документов, он получил всю необходимую информацию и возможность осуществить правильный выбор платных стоматологических услуг и компании, их оказывающей (Исполнителе), предусмотренную требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей», в установленном этим Законом объёме.

5.7. Пациент гарантирует Исполнителю, что он заключает настоящий договор по доброй воле, не вследствие стечения тяжелых обстоятельств, на крайне невыгодных для себя условиях, и настоящий договор не является для него (Пациента) кабальной сделкой.

5.8. Пациент информирован, что в целях безопасности в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение, и не возражает против этого.

5.9. Исполнитель своей подписью подтверждает, что в процессе заключения договора, до подписания всех документов, он предоставил всю информацию о предоставляемых платных стоматологических услугах, правилах и условиях их предоставления и оказания в устной и/или письменной (документарной) форме, необходимую для осуществления Пациентом правильного выбора платных стоматологических услуг.

5.10. Стоматологические услуги оказываются Пациенту Исполнителем только в случае подписания информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи по стоматологии, согласно действующему законодательству РФ (Приложение №2 к данному договору).

**6. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Наименование: Общество с ограниченной  Ответственностью ООО «ИНФИНИТИ СТОМ»  Юридический адрес: 196006, г. Санкт-Петербург,  проспект Московский д.111, литера А.  Фактический адрес: : 196006, г. Санкт-Петербург,  проспект Московский д.111, литера А.  Телефон: 8960-247-26-47  ИНН/КПП 7810770995/781001001  ОГРН 1197847160213 ОКПО 40801052  Р/счет: 40702810400700212739 в СПБ ПАО БАНК "АЛЕКСАНДРОВСКИЙ",к/счет 30101810000000000755  БИК: 044030755 | **Пациент:**  Ф.И.О: ${fioPokupatelya}  Дата рождения: ${chislo1}.${mes1}.${god1}  Место рождения: ${mestorojd}  Паспорт: ${seriya} № ${Nomer} выдан ${Kemvidan}  Адрес регистрации: ${AdresReg}  Фактический адрес: ${AdresFakt}  телефон: ${telefon} |
| Генеральный директор ООО «ИНФИНИТИ СТОМ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лигай А.Г./ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **${fioPokupatelya2}**  (подпись) (расшифровка подписи) |

Приложение№1

К договору №**${NomerDog}**

На оказание стоматологических услуг

от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog} г.

ЗАКАЗ-НАРЯД №**${NomerDog}**

от "${DayDog}" ${MesDog} ${GodDog} г.

* 1. В соответствии с договором №**${NomerDog}** на оказание платных стоматологических услуг от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog} года Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующие Услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N п/п** | **Наименование услуги** | **Количество/объем** | **Цена за ед.** | **Стоимость** | **Примечание** |
| ${rn} | ${servicename} | ${servicebumber} | ${serviceprice} | ${servicesumm} |  |
|  | *ИТОГО:* | | | ${SummaItog} |  |
|  | ***${summwithdiscounttext}*** | | | **${ProcentSummaKredit}** |  |

* 1. Все указанные выше Услуги могут быть использованы Пациентом до ${procend}.
  2. До приобретения указанных выше Услуг, в соответствии с п.п. 1.3.1. и 1.3.2. вышеуказанного договора Исполнитель ознакомил Пациента с «Правилами предоставления платных стоматологических услуг» и действующим Прейскурантом на Услуги.
  3. Во исполнение требований Закона РФ «О защите прав потребителей» Исполнитель до подписания договора предоставил Пациенту всю необходимую информацию об Исполнителе, оказываемых им Услугах, используемых при их оказании методах, медицинских препаратах, квалификации его сотрудников, в установленном эти Законом объеме.
  4. Пациент лично ознакомился со всей необходимой информацией об Исполнителе и оказываемых им Услугах, представленной Исполнителем в наглядной, доступной, устной и /или письменной форме, в объеме, предусмотренном требованиям Закона РФ «О защите прав потребителей».

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Наименование: Общество с ограниченной  Ответственностью ООО «ИНФИНИТИ СТОМ»  Юридический адрес: 196006, г. Санкт-Петербург,  проспект Московский д.111, литера А.  Фактический адрес: : 196006, г. Санкт-Петербург,  проспект Московский д.111, литера А.  Телефон: 8960-247-26-47  ИНН/КПП 7810770995/781001001  ОГРН 1197847160213 ОКПО 40801052  Р/счет: 40702810400700212739 в СПБ ПАО БАНК "АЛЕКСАНДРОВСКИЙ",к/счет 30101810000000000755  БИК: 044030755 | **Пациент:**  Ф.И.О: ${fioPokupatelya}  Дата рождения: ${chislo1}.${mes1}.${god1}  Место рождения: ${mestorojd}  Паспорт: ${seriya} № ${Nomer} выдан ${Kemvidan}  Адрес регистрации: ${AdresReg}  Фактический адрес: ${AdresFakt}  телефон: ${telefon} |
| Генеральный директор ООО «ИНФИНИТИ СТОМ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лигай А.Г./ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **${fioPokupatelya2}**  (подпись) (расшифровка подписи) |

Приложение№ 2

К договору №**${NomerDog}**

на оказание стоматологических услуг

от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog}г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я, ${fioPokupatelya}

(Ф.И.О. гражданина)

${chislo1}.${mes1}.${god1} года рождения, зарегистрированный по адресу:

${AdresFakt}

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «Инфинити Стом»

(полное наименование медицинской организации)

медицинским работником главный врач Маковеев В.А.

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | Маковеев В.А. | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | |
| “ | ${DayDog} | ” | ${MesDog} | | |  | ${GodDog} | г. |

(дата оформления)