**ДОГОВОР**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ \_\_\_\_\_\_\_\_**

*г. Нижний Новгород "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.*

Общество с ограниченной ответственностью «Дентал - Н», в лице Директора Назаровой Наталии Ивановны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и Гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Сведения о Сторонах:**

**Сведения об Исполнителе:**

1.Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Дентал-Н», ООО «Дентал-Н».

2. Адрес места нахождения: 603047, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Героя Рябцева, д.11, помещение П2.

3. Адрес места оказания медицинских услуг: 603047, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Героя Рябцева, д.11, помещение П2.

4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 52 номер 005086986, ОГРН 1135259001833, выдано Инспекцией ФНС России по Московскому району г. Н. Новгорода.

5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-52-01-003925 от «05» февраля 2016 г., выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области (603005, г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, д. 7, тел. (831) 435-31-20).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: 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.

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя.

**Сведения о Пациенте** (Пациенте):

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

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

(фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства Пациента (законного представителя Пациента)

Телефон пациента (законного представителя Пациента):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Сведения о Пациенте:**

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

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

(фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства Пациента – физического лица)

Телефон Пациента (заполняется, если Пациент физическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

(наименование, адрес места нахождения и реквизиты Пациента (заполняется, если Пациент – юридическое лицо)

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1.Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги доврачебной медико-санитарной помощи: по сестринскому делу; медицинские услуги первичной специализированной медико-санитарной помощи: по стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю, а Пациент их оплатить.

 1.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения.

 1.3.Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья пациента в момент оказания услуги.

 1.4. Исполнитель оказывает услуги Пациенту в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Пацииента на момент заключения данного договора.

 **2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

 2.1. Оказать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами.

 2.2. С письменного согласия Пациента провести клиническое обследование и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

 2.3. Предоставить Пациенту информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а так же используемых медицинских препаратах и изделиях.

 2.4. Назначить врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Пациента, назначить другого врача для проведения лечения.

 **3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

 3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.

 3.2. Отказать от исполнения услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, при наличии противопоказаний к лечению, в том числе, в амбулаторных условиях и по иным причинам, предусмотренным действующем законодательством.

**4. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА:**

 4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

 4.2. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.

 4.3. Уважительно относится к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

 4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

 4.5.Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.

**5. ПРАВА ПАЦИЕНТА:**

 5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

 5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

 5.3. В любое время отказаться от лечения, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

 5.4. Пользоваться всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

 7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

 7.2.Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашении.

 7.3. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

 7.4. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

 7.5. Стоимость ортопедических, конструкций и иных дорогостоящих материалов и изделий оплачивается частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения.

 7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, по вине Пациента, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Пациента в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

 7.7. Льготная система оплаты услуг применяется в индивидуальном порядке, по соглашению сторон или в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг.

 7.8. В случае внесения 100% предоплаты, с учетом действующих скидок, и одностороннего отказа Пациента от продолжения лечения, Исполнитель вправе возвратить часть денежных средств за не оказанные услуги, пересчитав внесенную Пациентом 100% предоплату без учета предоставленной скидки.

 7.9. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

**8.ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

 8.1.Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом условий настоящего Договора.

 8.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

 8.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

 9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

 9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

 9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

 **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

 10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

 10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

 10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 15 календарных дней до даты расторжения.

 **11.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

 11.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

 11.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

 11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом.

**12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ООО «Дентал-Н»** |
| ОГРН и кем выдан |  1135259001833 выдан Инспекцией Федеральной налоговой службы по Московскому р-ну г Н Новгород |
| ИНН/КПП  | 5259105553/525901001 |
| Фактический адрес:Юридический адрес: | 603047. г. Нижний Новгород ул. Рябцева Героя д. 11.603047. г. Нижний Новгород ул. Рябцева Героя д. 11. |
| р/с | 40702810016020000856 в ОАО «УРАЛСИБ» в г. Уфа. |
| к/с | 30101810600000000770 |
| БИК | 048073770 |
| Директор  | Назарова Н.И. |
| Подпись  |    М.П. |

|  |  |
| --- | --- |
|  **ПАЦИЕНТ: ФИО** |  |
| Адрес: |  |
| Паспортные данные: |  |
| Подпись  |  |