Договор на оказание Платных медицинских услуг

г. \_Таганрог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

ООО» КаСта», действующее на основании Устава , в соответстви с Лицензией на право осуществления медицинской деятельности( регистрационный номер № ЛО-61-01-005537 от 2.11.2016 , выданной Министерством Здравоохранения РО, Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии,33, телефон 8(863) 242-41-09), ОГРН1116154005725 , в лице генерального директора Самохваловой М.В, именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключили настоящий договор, в дальнейшем «Договор», о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.ПАЦИЕНТ поручает, а исполнитель обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить работы по оказанию платной стоматологической помощи.

1.2.Проведение собеседования, осмотр ПАЦИЕНТА с проведением по показаниям дополнительных методов обследования(рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий) для установления предварительного диагноза и объема необходимого лечения, поручается врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ф.и.о. врача).

О результатах обследования врач обязан исчерпывающе проинформировать ПАЦИЕНТА.

1.3Лечение поручается врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ф.и.о. врача).

1.4. В случае отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения. ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе назначить другого врача для проведения лечения.

1.5. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья ПАЦИЕНТА, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием ПАЦИЕНТА и организационно-техническими возможностями ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.6. Согласно договоренности ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать, а ПАЦИЕНТ оплатить следующие, согласованные сторонами, услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Наименование работ, услуг | Ф.И.О. врача, оказывающего услугу | Цена  услуги (руб.) | Подпись  врача |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО сумма по договору | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей | | |

1.7. ПАЦИЕНТ при подписании настоящего договора ознакомлен с возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.8. ПАЦИЕНТ уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН и УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. **Исполнитель обязан:**

2.1.1.Оказывать квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества, в срок, установленный планом лечения с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

2.1.2. Ознакомить ПАЦИЕНТА с порядком и планом оказания медицинских услуг, прейскурантом.

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

2.1.4.Поставить ПАЦИЕНТА в известность о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и возможных осложнениях при лечении, и отразить в медицинской карте ПАЦИЕНТА.

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

2.1.6. Предоставить ПАЦИЕНТУ бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, о противопоказаниях и возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения.

2.1.7 Письменно уведомить ПАЦИЕНТА о том, что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии вашего здоровья.

2. 2. **Исполнитель имеет право:**

2.2.1. По согласованию с ПАЦИЕНТОМ решать вопросы, связанные с технологиями лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для осуществления лечения.

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

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

2.2.5. Требовать у ПАЦИЕНТА получения сведений и предоставления документов ( в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждений), необходимых для эффективного лечения.

2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА:

2.3.1. Следовать выбранному плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в учреждение по поводу отклонения от прогнозируемого хода событий, срокам обращения на профилактические и контрольные осмотры и обследования.

2.3.2. ПАЦИЕНТ должен предоставить всю информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья: о перенесенных заболеваниях и травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуг.

2.3.3. Являться 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. Своевременно оплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

2.3.7. До подписания договора ознакомиться с информацией по порядку оказания платных медицинских услуг. Ознакомиться с информацией о предоставлении гарантий на стоматологические услуги. В случае подписания договора и согласия на оказание платных медицинских услуг, дать письменное добровольное информированное согласие.

2.4. Право ПАЦИЕНТА:

2.4.1. Выбрать день и время приема в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими ПАЦИЕНТАМИ.

2.4.2. ПАЦИЕНТ вправе требовать проведения по его просьбе консилиума и консультации других специалистов клиники.

2.4.3. Перенести ранее назначенный прием на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не менее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.4. Требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.5. Пациент вправе требовать от ИСПОНИТЕЛЯ надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги, облегчение боли, связанное с заболеванием, в виде предоставления разнообразной анестезии.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Прейскурант является текущей ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуг или ее часть, отражаемая в прейскуранте.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПАЦИЕНТА о стоимости работа до их начала.

3.3. ПАЦИЕНТ оплачивает оказанную ему услугу ( или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по прейскуранту сразу после окончания услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

5.1. ПАЦИЕНТ имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношение с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по прейскуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.

5.2. Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендаций медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанных с лечебным процессом, и режиму медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносилен одностороннему расторжению договора.

5.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ, и применимым для данного вида договора.

5.4. Неоплата услуги расценивается сторонами как односторонне невыполнение договора.

5.5. Возобновление расторгнутого договора не производится.

5.6. Записи в истории болезни строго конфиденциальны. ПАЦИЕНТ имеет право на ознакомление и получение любой информации из истории болезни.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Для лечения ПАЦИЕНТОВ в возрасте до 15 лет должно быть письменное согласие родителей и его опекунов.

6.2. Лица или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения лечебного учреждения клиники ИСПОЛНИТЕЛЯ и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. ПАЦИЕНТ должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны ПАЦИЕНТА после подписания информированного добровольного согласия. До заключения договора ИСПОЛНИТЕЛЬ в письменной форме уведомляет ПАЦИЕНТА о том, что несоблюдение рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЯ, 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 ПАЦИЕНТА,

7.2. ПАЦИЕНТ дает разрешение на обработку и хранение персональных данных ( ФИО, адрес проживания, контактные телефоны )\_\_\_\_ (указать да или нет).

7.3. Ни одна сторона не в праве передавать свои права по настоящему договору третей стороне без письменного согласия другой стороны.

7.4.Любые изменения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

8.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение.

8.3.ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ПАЦИЕНТОМ при отсутствии вины ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8.4.Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

9. РАЗЕШЕНИЕ СПОРОВ

9.1. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества услуги, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10. РЕКВИЗИТЫ

**Исполнитель** :

ООО " КаСта"

347936, пер. А.Глушко 32

Телефон: 8(8634) 62-47-51

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО-61-01-005537 от 2.11.2016

Выдана Министерством Здравоохранения РО

Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33

Телефон:8(863)242-41-09

ОГРН 1116154005725

Рег.орган : ИФНС России по г, Таганрогу Ростовской области

ИНН 6154572739

КПП 615401001

Директор: Самохвалова М.В.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Пациент:**

Ф,И,О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Договор мною прочитан и полностью мне понятен. Своей подписью я подтверждаю согласие на предоставление мне

платных стоматологических услуг.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_