

Настоящим я _____

(Ф.И.О. Потребителя / Заказчика)

подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, 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 моего здоровья;

Дата _____

Исполнитель _____

Потребитель / Заказчик _____

Настоящим я _____

(Ф.И.О. Потребителя / Заказчика)

подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области.

Дата _____

Исполнитель _____

Потребитель / Заказчик _____

Настоящим я _____

(Ф.И.О. Потребителя / Заказчика)

даю согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) лицам, указанным в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных и данных о состоянии здоровья (факте обращения за медицинской помощью, жалобах пациента, о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи) работниками ООО «Дент-Сервис», как занимающимися профессионально медицинской деятельностью, медицинским учреждениям, в том числе экспертным учреждениям, медицинским экспертам, с целью контроля качества оказания платных медицинских услуг, так и не занимающимися профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, оформления актов оказанных услуг и первичных медицинских документов, справок об оплате медицинских услуг, их хранения. Срок оказания медицинских услуг 5 лет. Мне известно, что я могу отозвать согласие на обработку персональных данных в любое время.

Дата _____

Исполнитель _____

Потребитель / Заказчик _____

ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Томск

" ____ " _____ 20 ____ г.

ООО «Дент-Сервис» (структурное подразделение стоматологическая клиника "Дент Стар"), свидетельство о государственной регистрации юридического лица, серия 70 № 000659963 от 06 октября 2003 года, за основным государственным регистрационным номером 1037000151506, выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Томску Томской области, действующее на основании лицензии № ЛО-70-01-002557 выданной Комитетом по лицензированию Томской области от 06 июня 2019 г., находящегося по адресу: г. Томск, ул. Белинского, 19, тел. 8-3822-52-70-19, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Шальнова А. В., действующего на основании устава, с одной стороны, и

_____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» / «Заказчик» (нужное подчеркнуть), с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется предоставить Потребителю / Заказчику платные стоматологические услуги в соответствии с лицензией, а Потребитель / Заказчик обязуется оплатить эти услуги. В рамках настоящего договора в отношении зуба(ов) № _____ предоставляется следующая медицинская услуга: терапевтическая, ортопедическая, хирургическая, ортодонтическая, рентгенологическая (нужное подчеркнуть).

Потребитель / Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства

РФ от «04» октября 2012 г. №1006), а также ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг, указанных в п.1.1., стоимостью (прейскурантом) и правилами их предоставления, Положением о предоставлении гарантий на оказанные услуги. Потребитель дал информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

1.2. Срок выполнения медицинской услуги, указанной в п. 1.1. настоящего договора _____.

1.3. Исполнитель поручает, а Потребитель / Заказчик доверяет оказание медицинской услуги следующему специалисту Исполнителя: _____. При невозможности оказания им стоматологической услуги по независящим от сторон обстоятельствам, а также для оказания специальных видов услуг Исполнитель вправе поручить их выполнение иному специалисту соответствующей квалификации.

1.5. Перечень медицинских услуг определяется в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, согласовывается с пациентом и отражается в карте пациента. При выявлении в ходе лечения медицинских показаний для проведения дополнительных медицинских манипуляций, Исполнитель может соответствующим образом корректировать объем лечения с согласия Потребителя / Заказчика.

1.6. Медицинские услуги оплачиваются Потребителем / Заказчиком в соответствии с прейскурантом цен, установленным Исполнителем.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги, предусмотренные в п. 1.1. Договора, с применением необходимых материалов, инструментов и оборудования, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.1.2. Ознакомить Потребителя с порядком и планом оказания медицинских услуг.

2.1.3. Поставить в известность Потребителя о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте Потребителя.

2.1.4. Ознакомить Потребителя с объемом оказанных ему услуг с обязательной подписью Потребителя.

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

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем исследований, манипуляций, необходимых для установления верного диагноза и оказания качественной медицинской услуги.

2.2.2. Отказать в приеме Потребителя в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.
- требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.

- 2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Сообщить врачу о перенесенных заболеваниях: аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно - сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и другие, а также о переливаниях крови, инъекциях за последние два года, о контакте с инфекционными больными. В случаях несообщения Исполнитель снимает с себя ответственность, а Потребитель несет ответственность в установленном законом РФ порядке.

2.3.2. Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.3. Строго выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия, в том числе соблюдать гигиену полости рта.

2.3.4. Немедленно извещать о всяких осложнениях, возникших в процессе лечения.

2.3.5. Предупредить администрацию за 6 часов по телефону клиники, в которой он проходит лечение, о невозможности явки на прием.

2.3.6. Ознакомиться с правилами оказания услуг в стоматологической клинике "Дент Стар".

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

2.4.2. Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

3. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Предварительная стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет _____ рублей. Она определяется в соответствии со стоимостью, указанной в прейскуранте цен, и в соответствии с объемом необходимых лечебных мероприятий. В случае изменения объема медицинских манипуляций в порядке, предусмотренном п.1.1. настоящего договора, окончательная стоимость услуг может измениться и определяется Исполнителем с учетом действующего прейскуранта, с согласия Потребителя / Заказчика.

3.2. Потребитель / Заказчик оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) по прейскуранту и согласно акту выполненных работ сразу после исполнения услуги или её части. Потребитель / Заказчик по желанию может оплатить медицинские услуги при заключении настоящего договора в полном объеме или внести аванс.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется путём внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Исполнителя, либо, при наличии технической возможности, в электронном виде через платежный терминал банка по пластиковой карте, либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, либо иным, не запрещённым законом способом.

3.4. При оказании ортопедического, ортодонтического и хирургического (имплантации) лечения Потребитель / Заказчик имеет право внести предоплату за расходные материалы, которые будут использованы в процессе оказания медицинских услуг, в размере 50% от суммы, указанной в Предварительном плане лечения. Оставшуюся сумму Потребитель / Заказчик обязан внести не позднее дня приёма работы Исполнителя, до окончательной фиксации работы в полости рта Потребителя.

3.5. В случае досрочного расторжения настоящего Договора (отказ от получения услуг) по инициативе Потребителя / Заказчика, уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Потребителю / Заказчику, с удержанием фактически понесённых затрат в течение 10 (десяти) календарных дней.

3.6. Оказание медицинских услуг подтверждается актом об оказанных услугах, который подписывается сторонами в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон (копия храниться в амбулаторной карте пациента). Если Потребитель / Заказчик отказывается подписывать акт выполненных работ без предоставления мотивированного возражения в письменном виде, то оказанные услуги считаются принятыми и Потребитель / Заказчик их обязан оплатить.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель и Потребитель / Заказчик несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несёт моральной и материальной ответственности перед Потребителем / Заказчиком в случае:

4.2.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

4.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

4.2.3. Возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.

4.2.4. Если лечение не завершено, но прекращено по вине пациента.

4.3. В случае неоплаты Потребителем / Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю / Заказчику в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости. В случае несвоевременной оплаты оказанных Исполнителем услуг Потребитель / Заказчик уплачивает пени в размере 0,1% от их стоимости за каждый день просрочки.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.

5.2. Все возможные споры, возникающие в связи с настоящим договором, стороны будут решать путём переговоров. В случае не достижения согласия в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.3. Любые изменения и дополнения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами, либо их уполномоченными представителями.

5.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Дент-Сервис»

ИНН 7017079918, КПП 701701001

ОГРН 1037000151506

г. Томск, ул. Новосибирская, 37, Тел. 66-99-99

р/с 40702810523010006555

Банк ФИЛИАЛ «НОВОСИБИРСКИЙ»

АО «АЛЬФА-БАНК»

БИК 045004774, к/сч 30101810600000000774

Директор _____/Шальнов А.В./

ПОТРЕБИТЕЛЬ / ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____

Телефон: _____

Пациент _____/_____ /