

До заключения нижеизложенного договора, подтверждаю, что Исполнитель, в доступной форме, уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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, а также о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий РФ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись _____

Ф.И.О. _____

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Сочи

« ____ » _____ 2021 г.

ООО «СИРИУС» (Клиника современной стоматологии «СИРИУС», именуемая в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Генерального директора Ардаева Сажида Бадрутиновича, действующего на основании Устава, расположенное по адресу: Россия, 354000, г.Сочи, ул.Северная, д.3, 3 этаж, зарегистрированное межрайонной ИФНС Р№ 8 по Краснодарскому краю, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ № 1082317000512 от 04 марта 2008 года; лицензия № ЛО-23-01-010780 от 08 декабря 2016 года на осуществление медицинской деятельности по: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико- санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии ; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по :косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

с одной стороны, и Гражданин (ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать заказчику стоматологическую помощь по желанию и с согласия Заказчика в соответствии с выполняемым планом лечения, согласованным между сторонами, который является неотъемлемой частью данного Договора.

1.2. Заказчик (далее Пациент) обязуется принять и своевременно оплатить согласованные с ним услуги.

2. Обязательства сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

2.1.2. Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:

- о состоянии полости рта,
- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов,
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.3. Составить для Пациента рекомендуемый план лечения, осуществление которого в максимальной степени устранит, заявленные пациентом и выявленные врачом, нарушения в полости рта, указав их этапы (последовательность), стоимость и сроки их исполнения, в зависимости от актуальности их устранения, с учетом общего и стоматологического здоровья пациента.

2.1.4. Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства.

Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:

1) Если в период гарантийного срока у пациента не возникнут заболевания внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях;

2) Гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение и протезирование сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом;

3) Если пациент проходит бесплатные профилактические осмотры у Исполнителя раз в полгода или чаще (в зависимости от клинической ситуации);

4) Если пациент соблюдает гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача;

5) Если пациент проводит коррекцию работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике(ах);

6) Если пациент обращается в клинику(и) Исполнителя в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;

7) Если пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью;

8) Если конкретное лечение пациент проводит только у Исполнителя и не лечит одновременно то же самое в другой клинике.

2.1.5. Составить для пациента индивидуальный план профилактических мероприятий с целью, снижения риска развития заболеваний полости рта, после проведенного лечения и уменьшения тяжести течения выявленных стоматологических заболеваний.

2.1.6. Информировать Пациента о стоимости услуг(и) до ее (их) оказания:

- называть конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны,
- или называть предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. При этом врач должен получить согласие пациента на уточнение стоимости в процессе лечения и обязан информировать пациента о стоимости лечения, уточняемой в процессе лечения.

2.1.7. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации с качеством, соответствующим Договору.

2.1.8. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения им сроков явки на приемы).

2.1.9. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор):

- о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах;
- о проведенных ранее обследованиях и лечениях;
- об аллергических реакциях;
- об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно, за 24 часа до назначенного времени.

2.2.4. Ознакомиться с Положением о гарантиях на стоматологические услуги Исполнителя.

2.2.5. Удостоверить личной подписью следующее:

- согласие на использование его данных для обобщения в научных целях и статистической обработки (пациент имеет право в любое время отозвать такое согласие, написав соответствующее заявление, клиника обязана прекратить передавать данные о пациенте соответствующим инстанциям);
- информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
- сообщенные сведения о своем здоровье;
- факт ознакомления с рекомендованным планом лечения;
- факт согласия с гарантиями, установленными врачом после лечения на выполненные им стоматологические услуги.

2.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора, в соответствии с прайсом, на момент оказания услуги;

2.2.7. Проводить начатое конкретное лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно с тем же в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.2.8. Соблюдать **правила поведения в Клинике**, а именно:

- приходить в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и предупреждать за 24 часа об отмене визита.

- проявлять в общении с медицинскими работниками такт и уважение, быть выдержанным, доброжелательным;

- посещать клинику в соответствии с установленным графиком назначенного времени приёма и работы клиники;

- при посещении медицинских кабинетов надевать на обувь бахилы или переобуваться в сменную обувь;

- не вмешиваться в действия лечащего врача во время приёма, осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи;

- не допускать проявлений неуважительного отношения к иным пациентам и работникам Клиники;

- бережно относиться к имуществу Клиники, соблюдать чистоту и тишину в помещениях Клиники;

- соблюдать правила пожарной безопасности;

Запрещается:

- иметь при себе предметы и средства, наличие которых у посетителя либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих;

- громко разговаривать, шуметь, хлопать дверями;

- выносить из помещения клиники имущество и документы, полученные для ознакомления без разрешения сотрудников клиники;

- изымать какие-либо документы из медицинских карт, со стендов и из папок информационных стендов без разрешения сотрудников клиники;

- размещать в клинике объявления без разрешения администрации клиники;

- производить фото- и видеосъёмку без предварительного разрешения администрации клиники;

- находиться в служебных помещениях клиники в верхней одежде, грязной обуви.

- приходить на приём к врачу в алкогольном, наркотическом, ином токсическом опьянении.

Ответственность за нарушение настоящих Правил:

- в случае нарушения пациентами и иными посетителями настоящих правил, сотрудники клиники имеют право делать соответствующие замечания и применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания качественной медицинской помощи, неуважение к сотрудникам клиники, другим пациентам и посетителям, нарушения общественного порядка, неисполнение законных требований сотрудников клиники, причинение морального вреда, причинение вреда деловой репутации, а также материального ущерба клинике, влечёт ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

- повторная неявка на прием на прием без уведомления Исполнителя не позднее, чем за 12-24 часа, являются простоем по вине Пациента и влечет за собой удержание с Исполнителя в размере 1000 рублей за 1 рабочий час.

- нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, неоднократные опоздания Пациента более чем на 15 минут или неявка на приемы без уважительной причины и уведомления Исполнителя, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, при появлении угрозы, в том числе в устной форме, в адрес сотрудников клиники, а также нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных настоящим Договором, являются основанием для расторжения договора по инициативе Потребителя и прекращения гарантийных обязательств, по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия Потребителя могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных по Договору медицинских услуг, а также причинить любой прямой и косвенный вред здоровью Пациента.

3. Цена услуг и порядок расчетов.

3.1. Цена стоматологических услуг определяется в соответствии с Прейскурантом в рублях.

3.2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях в наличной или безналичной формах.

3.3. При заключении Договора пациент, по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс.

3.4. Услуги могут быть оплачены третьей стороной (по указанию Заказчика).

4. Ответственность сторон

4.1. Ответственность сторон, в случае нарушения условий настоящего договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Дополнительные условия.

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и является бессрочным, если ни одна из Сторон не известит другую сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Пациент может прекратить начатое лечение по собственной инициативе, оплатив при этом понесенные фактические расходы клиники.

5.4. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- рекомендованный врачом план лечения,
- согласованный с пациентом и подписанный им выполняемый план лечения,
- амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике),
- информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в амбулаторной карте пациента),

• рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные Исполнителем (хранятся в амбулаторной карте пациента, копии могут выдаваться по письменному запросу пациента и с разрешения лечащего врача и главного врача).

5.5. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросам качества лечения и обследования, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости – экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Российской Стоматологической ассоциации в установленном порядке.

5.6. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.7. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6. Адреса и подписи сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Сириус»

Адрес: 354000, г.Сочи, ул.Северная, д.3

ИНН 2320240742 КПП 232001001

р/с 40702810406500000380 в банке Филиал № 8 ПАО КБ «Центр-инвест»

к/с 30101810100000000550

БИК 040349550

тел.: +7(967) 648-77-77; 8-968-300-01-01

e-mail: mail@sirius-centr.ru

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

Код подразделения _____

Адрес регистрации _____

Адрес эл.почты _____

Телефон для связи (моб) _____

Доп.телефон для связи _____

_____/ ген. директор Ардаев С.Б. _____/
Подпись Ф.И.О.

_____/ _____ _____/
Подпись Ф.И.О.