

ДОГОВОР № ____

на оказание платных стоматологических медицинских услуг и выполнение стоматологических работ

г. Москва

« ____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПРИМА» (ООО «ПРИМА»), зарегистрированное за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1097746417218, ИНН 7729635932, осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № Л041-01137-77/00346083, выданной 11 марта 2020 г. Департаментом здравоохранения города Москвы (срок действия: бессрочно). Полная информация о лицензии и номенклатуре разрешенных работ (услуг) размещена на информационном стенде («Уголке потребителя») и на официальном сайте Исполнителя. В лице Генерального директора **Алиева Рауфа Эльдаровича**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и Гражданин(ка)

_____, именуемый(а) в дальнейшем **«Пациент»** (или «Потребитель»), со второй стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора и общие условия

1.1. Исполнитель обязуется по обращению Пациента оказать ему на возмездной основе квалифицированную стоматологическую медицинскую помощь (медицинские услуги и/или стоматологические работы, имеющие материальный результат), отвечающую требованиям, предъявляемым к медицинским услугам на территории РФ, в соответствии с медицинскими показаниями, планом лечения и назначениями врача, а Пациент обязуется своевременно оплатить их стоимость и строго соблюдать установленный лечебно-охранительный режим.

1.2. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023.

1.3. Подписание настоящего Договора подтверждает, что Пациент уведомлен в доступной форме о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в государственных учреждениях здравоохранения, но добровольно изъявил желание получить стоматологическую помощь в ООО «ПРИМА» на платной основе.

1.4. Конкретный перечень услуг (работ) и их стоимость определяются в Плане лечения (Листе назначений), составляемом лечащим врачом, который подписывается Сторонами и является неотъемлемой частью Договора. Сроки оказания услуг также определяются планом лечения и могут корректироваться по медицинским показаниям.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент имеет право:

- Получать в доступной для него форме полную информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах оказания медицинской помощи;
- Выбор лечащего врача (с учетом согласия самого врача) и реализацию иных прав, предусмотренных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2.2. Исполнитель обязуется:

- Обеспечить качественные, технологически безопасные методы диагностики и лечения с использованием разрешенных к применению в РФ материалов, медикаментов и оборудования;
- Ознакомить Пациента с планом лечения, альтернативными методами оказания помощи, а также получить его Информированное добровольное согласие (ИДС) до начала медицинского вмешательства;
- Соблюдать врачебную тайну о состоянии здоровья Пациента и факте его обращения в Клинику, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;
- Вести учетную медицинскую документацию (медицинскую карту амбулаторного пациента формы № 043/у) и предоставлять Пациенту для ознакомления выписки и копии документов по его письменному запросу.

2.3. Пациент обязуется:

- Предоставить лечащему врачу полные и достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарств и текущем приеме препаратов;
- Являться на приемы и плановые осмотры в назначенное время. В случае невозможности явки — предупредить Исполнителя не менее чем за 24 часа;
- Строго выполнять все указания лечащего врача, соблюдать рекомендации, предписанные во внутренних правилах и регламентах Клиники, и поддерживать надлежащий уровень гигиены полости рта;
- Своевременно и в полном объеме производить оплату оказанных услуг (выполненных работ) в соответствии с действующим прейскурантом Клиники.

2.4. Исполнитель имеет право:

- В случае возникновения неотложных состояний или скрытых анатомических особенностей, которые невозможно было предусмотреть при первичном осмотре, изменить план лечения по согласованию с Пациентом, а при угрозе жизни — самостоятельно для ее спасения;
- Отказать в приеме Пациенту (или перенести прием на другое время), если Пациент опоздал более чем на 15 минут, находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, либо ведет себя агрессивно;
- Врач имеет право отказаться от дальнейшего ведения и лечения Пациента по согласованию с руководством Клиники, если Пациент систематически нарушает лечебный режим, условия договора или рекомендации врача, при условии отсутствия угрозы жизни пациента.

3. Стоимость услуг, порядок расчетов и возврат денежных средств

3.1. Стоимость услуг (работ) по настоящему Договору определяется на основании действующего Прейскуранта цен (Прайса) Исполнителя, утвержденного Генеральным директором, фиксируется в Плане лечения, а факт оплаты подтверждается кассовым чеком либо иным документом, предусмотренным законодательством РФ.

3.2. Оплата производится Пациентом наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным путем на расчетный счет после каждого приема (этапа лечения), если планом лечения или соглашением сторон не предусмотрен иной порядок внесения предоплаты. Если в процессе лечения возникает необходимость оказания дополнительных платных услуг, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

3.3. Пациент вправе в любой момент отказаться от исполнения настоящего Договора (прервать лечение) при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных и документально подтвержденных расходов, напрямую связанных с исполнением обязательств по Договору (включая стоимость выполненных этапов, затраченных материалов и расходы на изготовление индивидуальных ортопедических конструкций в зуботехнической лаборатории).

3.4. Возврат денежных средств за неоказанные или отмененные услуги (работы) производится Исполнителем в течение 10 календарных дней с момента подачи Пациентом соответствующего письменного заявления на имя Генерального директора.

4. Гарантии качества, правила эксплуатации и согласие с ЛНА

4.1. На стоматологические работы, имеющие о вещественный остаточный результат (пломбы, коронки, протезы), Исполнитель устанавливает гарантийные сроки и сроки службы, утвержденные в локальном «Положении о гарантийном сроке и сроке службы ООО „ПРИМА“».

4.2. Установленные гарантийные обязательства сохраняются при условии строгого соблюдения Пациентом правил личной гигиены, графика профилактических осмотров (не реже 1 раза в 6 месяцев) и требований, изложенных в «Правилах эксплуатации результатов стоматологических услуг».

4.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что до заключения Договора он в полном объеме ознакомлен, согласен и обязуется строго соблюдать требования следующих локальных нормативных актов (ЛНА) Исполнителя, размещенных на информационном стенде (Уголке потребителя) и на официальном сайте клиники dental-prima.ru:

- «Правила поведения для пациентов, сопровождающих их лиц и иных посетителей в ООО „ПРИМА“»;
- «Положение о гарантийных сроках и сроках службы при оказании платных медицинских услуг в ООО „ПРИМА“»;
- «Правила эксплуатации результатов стоматологических услуг (работ) в ООО „ПРИМА“».

5. Обработка персональных данных и информирование Пациента

5.1. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», дает Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных в рамках и целях исполнения обязательств по настоящему Договору и ведения официальной медицинской документации.

5.2. Пациент выражает свое согласие получать уведомления о приеме, лечении, расписании врачей, финансовых обязательствах (оплате) и готовности ортопедических/ортодонтических работ посредством SMS-сообщений, электронной почты, мессенджеров и прямой телефонной связи по указанным в договоре реквизитам контактов.

6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за осложнения, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма пациента, которые невозможно было выявить при надлежащем обследовании и прогнозировании результата лечения, а также в случаях сокрытия достоверной информации о сопутствующих заболеваниях или нарушения Пациентом лечебного режима.

6.3. Стороны стремятся урегулировать спор путем направления письменной претензии на адрес электронной почты dentalprima@mail.ru. Письменная претензия рассматривается Исполнителем, при необходимости с привлечением врачебной комиссии, в течение **10 календарных дней** со дня ее официальной подачи Пациентом.

7. Срок действия договора и прочие условия

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:**ООО «ПРИМА»****Адрес клиники:**

121433, Москва г, Филёвская М. ул, дом 56,
этаж 1, помещение III, офис 11А

Банковские реквизиты:

ОГРН: 1097746417218
ИНН: 7729635932 / КПП: 773101001
р/сч № 40702810938000076802
В БАНК ПАО СБЕРБАНК
К/с: 30101810400000000225
БИК: 044525225
Тел: +7 (495) 669-98-59
Email: dentalprima@mail.ru

Генеральный директор ООО «ПРИМА»

_____/ Алиев Р.Э.
М.П.

ПАЦИЕНТ:**ФИО Пациента:**

—

Паспортные данные:

Серия: _____ Номер: _____

Кем выдан: _____

—
Когда выдан: « ____ » _____ г.

Адрес регистрации / проживания:

—

—

Телефон: _____

Email: _____

Подпись Пациента:

_____/ _____

С Прейскурантом, Лицензией и Положением об оказании платных медицинских услуг
ознакомлен(а):

« ____ » _____ 202__ г.

Подпись Пациента:

_____/ _____