**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

г. Нижний Новгород «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год

Общество с ограниченной ответственностью «РеалДент» в лице директора Наговицыной Ирины Федоровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Гражданин (-ка)

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

именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Гражданина-ки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемого (-ой) в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем:

**2. Предмет договора**

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Потребителю) медицинские услуги, а Заказчик обязуется

оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное

предоставление медицинской стоматологической услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста).

2.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по стоматологии терапевтической и стоматологии ортопедической. Перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором,

ФИО, должность врача, предоставляющего услуги, указывается в Приложении № 1 к настоящему Договору, являющейся его неотъемлемой частью.

2.3. При заключении настоящего Договора Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взиманиям платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и

программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Нижегородской области.

Также Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;

Информацию о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;

Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах

медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

2.4 По требованию Потребителя ( Заказчика) Исполнитель должен предоставить смету на предоставление платных медицинских услуг.

**2.Сведения об Исполнителе:**

**Фирменное наименование**: Общество с ограниченной ответственностью «РеалДент»

**Юридический адрес**: РФ, 603101, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Ватутина, 7,2;

**Место нахождения ООО «РеалДент»:** РФ, 603101, Нижегородская область, г. Нижний Новгород, ул. Ватутина, 7,2;

**Свидетельство о государственной регистрации юридического лица** от 30.10.2006 г. серия 52 № 003690602,

**ОГРН** 1065256042840, наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной налоговой службы по Автозаводскому району г. Нижнего Новгорода;

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-52-01-002720 , срок действия - бессрочно**

**выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области 20 декабря 2012года**

**Виды работ(услуг), выполняемые(оказываемые) в составе лицензируемого вида деятельности**

**1)при осуществлении доврачебной медицинской помощи по:**

**сестринскому делу;**

**2)при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи,**

 **в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по:**

 **стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.**

**Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Нижегородской области Адрес: 603005, г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, д. 7** **, Телефон: 8 (831) 435-31-20**

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на

сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://www. realdent-nn.ru/.

**3. Обязательства сторон**

**3.1. Права и обязанности Исполнителя:**

**Исполнитель обязуется:**

3.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику (Потребителю) полную и достоверную информацию в устной форме:

- о состоянии полости рта в рамках специализации врача;

- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики и их эффективности;

- о противопоказаниях, возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее;

- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

3.1.2. Информировать Заказчика (Потребителя) о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик.

Ознакомить Заказчика (Потребителя) с Положением о гарантиях.

3.1.3. Обеспечить качество стоматологической услуги.

3.1.4. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг (технологий), если есть возможный, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья Потребителя в силу специфики самой медицинской технологии.

Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Потребителем и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

3.1.5. Информировать Заказчика (Потребителя) о стоимости услуги до ее оказания.

3.1.6. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Заказчику (Потребителю) документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца.

3.1.7. Самостоятельно определять график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

3.1.8. Амбулаторная карта стоматологического пациента (Заказчика (Потребителя)) является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет. Заказчик (Потребитель) на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**3.2. Права и обязанности Заказчика (Потребителя):**

**Обязанности Заказчика (Потребителя):**

3.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья.

3.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

3.2.3. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При

невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) .

3.2.4. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренным разделом 6 настоящего договора.

3.2.5. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Заказчика (Потребителя).

3.2.6. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю.

**3.3.Заказчик (Потребитель) имеет право:**

3.3.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.

3.3.2. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).

3.3.3. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.

3.3.4. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.

**4. Условия и сроки предоставления платных стоматологических услуг**

4.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.

4.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования,

диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

**4.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), являющееся Приложением № 2 к настоящему Договору.**

4.7. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

4.8. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установил, как дату своего прихода на прием (запись по телефону).

Длительность оказания услуги определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

**5.Качество услуг и гарантийные обязательства**

5.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.

5.2. На все стоматологические услуги Исполнитель, в соответствии с существующими в клинике Положениями о гарантиях, устанавливает индивидуальные сроки и условия гарантийного обслуживания.

**6. Стоимость услуг и порядок расчетов**

6.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с объемом работ и положением о порядке предоставления платных медицинских услуг физическим лицам, утвержденным Исполнителем.

6.2. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др.видах диагностики и т.д.). Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Заказчику (Потребителю). При этом Заказчик (Потребитель) вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик (Потребитель) письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

6.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, после этого Заказчику выдается документ, подтверждающий оплату предоставленных медицинских услуг (квитанция строгой отчетности)

**7. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

7.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик (Потребитель) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

7.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

**8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**9. Срок действия договора и иные условия**

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Заказчику (Потребителю).

9.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) – относятся к одному лицу – к Заказчику. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

9.3. Договор составлен в двух/трех (*ненужное зачеркнуть*) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

9.4. **До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) 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**

**здоровья потребителя. \_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись Заказчика)**

**10. Адреса и подписи сторон:**

**Исполнитель: Заказчик:**

**Исполнитель: ООО «РеалДент:**

Юридический адрес: Российская Федерация, ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 603101, город Нижний Новгород,

Ул. Ватутина, д.7,п.2, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фактический адрес: Российская Федерация, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

603101, город Нижний Новгород,

Ул. Ватутина, д.7, п.2, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 5256342732, КПП 525601001

Банковские реквизиты:

Р/с №40702810690030000562 в Нижегородском адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

филиале банка «СОЮЗ»(АО)г. Нижний Новгород

(ИНН 7714056040, ОГРН 1027739447922)

Кор. счет 30101810300000000894 телефон: дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сот.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 042253894

E-mail: realdent.nizhniynovgorod@mail.ru

**Директор ООО «РеалДент»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Наговицына Ирина Федоровна/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ФИО, подпись Заказчика собственноручно)*

 **МП**

 **Потребитель (Пациент) :**

 **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение № 1

**Перечень** стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с

**Договором на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

г. Нижний Новгород «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год

* 1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать

Заказчику следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Медицинские услуги***  | ***ФИО, должность медицинского работника оказывающего медицинские услуги*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Исполнитель: Заказчик:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Наговицына И.Ф./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*