**ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

**г. Ливны «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ г.**

ООО «Медицинский Центр Здоровье» (свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 57 № 001346709, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области 12 января 2015 года, ОГРН 1155749000043 ИНН/КПП 5702012655/570201001), осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № ЛО-57-01-001329, выданной 13 декабря 2018 Департаментом здравоохранения Орловской области, в лице директора Слукина Владимира Дмитриевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот раздел Договора заполняется законным представителем несовершеннолетних пациентов в возрасте до 18 лет.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО ребенка полностью, год рождения)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора.**
	1. Исполнитель, обязуется оказать пациенту стоматологическую помощь в соответствии с условиями и планом лечения согласованным между сторонами, который является неотъемлемой частью данного Договора.
	2. Заказчик обязуется своевременно оплатить согласованные с ним услуги.
2. **Обязанности сторон.**
	1. **Исполнитель обязуется:**
		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 протезирования.
		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 челюсти лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

2.1.3. Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.1.4. Составить для Пациента рекомендуемый план лечения, осуществление которого в максимальной степени устроит заявленные пациентом и выявленные врачом нарушения в полости рта, с учетом общего и стоматологического здоровья пациента.

2.1.5. Определить для пациента гарантийные обязательства на оказываемые услуги, предоставив информацию об условиях их наступления.

**2.2. Исполнитель обязуется надлежащим образом исполнять гарантийные обязательства при соблюдении Пациентом следующих условий:**

1) прохождение пациентом бесплатных профилактических осмотров у исполнителя раз в 6 месяцев или чаще (в зависимости от клинической ситуации);

2) проведение пациентом рекомендаций по уходу за полостью рта после лечения;

3) проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем;

4) обращение в Центр, в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;

5) предоставление пациентам достоверной информации о состоянии здоровья в «карте опроса пациента»;

6) гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение, протезирование, сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план обследования и лечения, рекомендуемый врачом;

7) выполнение пациентом назначений врача, своевременное сообщение о возникших нарушениях в состоянии здоровья.

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

- указать конкретную сумму в выполняемом плане лечения, когда объем и характер работы очевидны;

- указать предварительную сумму в выполняемом плане лечения, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

2.2.2. Обеспечить качество стоматологических услуг:

в соответствии с медицинскими показаниями;

с применением высококачественных, сертифицированных инструментов и материалов;

с использованием современных технологий лечения;

с предоставлением высокого уровня обслуживания.

* + 1. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
	1. **Пациент обязуется:**

2.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо несовершеннолетнего или недееспособного пациента, 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.

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

2.3.3. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.

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

2.3.5. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

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

**4. Цена услуг и порядок расчетов.**

4.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом.

4.2. Пациент оплачивает стоимость терапевтических и хирургических услуг по прейскуранту после окончания каждого визита.

4.3. Оплата услуг производится Пациентом в рублях в наличной и безналичной формах.

4.4. Пациенты, лечащиеся через страховые компании, оплачивают только те услуги, которые не входят в перечень оплаты страховых компаний.

4.5. Услуги могут быть оплачены третьей стороной (по указанию Пациента).

**5. Ответственность сторон.**

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

5.2. Все споры и разногласия, возникшие в связи с исполнением настоящего Договора, Стороны обязуются решить путем переговоров. В случае не достижения согласия, претензия пациента рассматривается директором Центра, далее при несогласии пациента с решением директора – в судебном заседании по месту подсудности «Исполнителя».

**6. Дополнительные условия.**

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

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

6.3. Во всем остальном не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

6.4. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи Исполнителя на настоящем Договоре.

**7. Реквизиты и подписи сторон.**

**Исполнитель: Пациент:**

ООО «Медицинский Центр Здоровье» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

303850, Орловская обл., г. Ливны, ул. Селитренникова, 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 5702012655 ОГРН 115574900043 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Р/с 40702810500050004118 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банк: Орловский филиал АКБ «Ланта-Банк»

 (АО) БИК 045402725

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** подпись

Директор ООО «МЦ Здоровье»

Слукин В.Д.

***Этот раздел бланка подписывает законный представитель несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет***

***«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. Подпись законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***