

**ДОГОВОР**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Пермь

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

АО «Стоматологическая поликлиника № 4», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача-стоматолога \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, желающий(ая) получить платные услуги (в случае заключения договора в пользу другого лица, несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица) и действующий(ая) в интересах \_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем

**1. Сведения о сторонах договора**

**1.1. Сведения об Исполнителе.**

1.1.1. Наименование организации: АО «Стоматологическая поликлиника № 4» .

1.1.2. Юридический адрес: г. Пермь, ул. Таганрогская д.7.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: г. Пермь, ул. Таганрогская, д. 7; ул. Ивана Франко, д. 38.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: ОГРН 1025901512504, дата регистрации – 03.12.2002 г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Министерства РФ по налогам и сборам № 9 по Пермской области и Коми-Пермяцкому автономному округу, ИНН 5907017358.

1.1.5. Лицензия № ЛО41-01167-59/00363110 от 13.03.2020 г. выдана МЗ Пермского края г. Перми ул. Ленина, д. 51 тел.: +7(342)2147990.

Услуги, предоставляемые в АО «Стоматологическая поликлиника №4», соответствуют лицензии Исполнителя. Ознакомиться с лицензией можно на информационных стендах (стойках) Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: [www.sp4perm.ru](http://www.sp4perm.ru)

**1.2. Сведения о Потребителе.**

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(записаны со слов лица, желающего заключить договор)

1.2.2. Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

1.2.3. Телефон: \_\_\_\_\_. Электронная почта \_\_\_\_\_

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

1.2.5. При отсутствии у Потребителя документа, удостоверяющего личность, данные о Потребителе записываются со слов Потребителя и услуга оказывается анонимно.

**2. Предмет договора**

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать платные стоматологические услуги с использованием медицинских изделий, препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи, в виде комплексной программы хирургического стоматологического лечения с применением имплантов, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить эти услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

2.1.1. Перечень, условия, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, содержатся в Счете, который является Приложением к настоящему Договору.

2.1.2. Условия и сроки ожидания оказания перечисленных платных медицинских услуг согласованы Сторонами Договора. Потребитель записан на прием к выбранному им медицинскому работнику Исполнителю с учетом рационального использования времени Потребителя.

2.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**3. Обязанности сторон**

**3.1. «Исполнитель» обязан:**

3.1.1. Оказать Потребителю стоматологическую помощь в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Провести хирургическое лечение с использованием разрешенных Министерством здравоохранения Российской Федерации стоматологических имплантов.

3.1.2. Информировать Потребителя о возможных осложнениях стоматологической имплантации.

3.1.3. Обеспечить конфиденциальность предоставленных сведений и неразглашение врачебной тайны.

3.1.4. Своевременно информировать Потребителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемых Услуг или повлечь за собой невозможность их завершения в срок.

3.1.5. По письменному запросу Потребителя предоставить необходимую информацию об оказанной медицинской помощи.

3.1.6. В случае предоставления дополнительных Услуг, не предусмотренных договором, заключается дополнительное соглашение.

**3.2. «Потребитель» обязан:**

3.2.1. До получения Услуг довести до сведения Исполнителя (лечащего врача) исчерпывающую и достоверную информацию о состоянии своего здоровья (перенесенные заболевания, известные аллергические реакции, и другие противопоказания).

3.2.2. Выполнять все указания медицинского персонала, соблюдать режим лечения, в том числе в период временной нетрудоспособности, являться на лечение и профилактические приемы в установленное время в период реабилитации (1 год), соблюдать гигиену полости рта для достижения и сохранения результатов лечения.

3.2.3. В случае выявления, каких-либо недостатков в процессе пользования имплантами, незамедлительно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений

3.2.4. Во избежание осложнений, получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных со стоматологической имплантацией, только у Исполнителя.

3.2.5. Своевременно и в полном объеме произвести оплату оказанных Услуг в соответствии с условиями данного договора. В случае отказа от получения услуг после заключения договора Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением настоящего договора.

3.2.6. Оказывать Исполнителю содействие с целью добросовестного исполнения сторонами данного договора.

3.2.7. Незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

#### **4. Права сторон**

##### **4.1. «Исполнитель» имеет право:**

- 4.1.1 Определять перечень оказываемых услуг и изменять при необходимости план лечения при согласовании с Потребителем.
- 4.1.2 В случае невыполнения Потребителем (Заказчиком) п 3.2.2. приостановить оказание услуг или расторгнуть данный договор и прервать лечение, не возвращая Потребителю (Заказчику) денежные средства за выполненную работу и затраченные материалы.
- 4.1.3 Отказать в оказании услуги в случаях: алкогольного, наркотического или токсического опьянения Потребителя.
- 4.1.4 Исполнитель имеет полные права на владение, пользование, распоряжение медицинскими документами Потребителя, оформленные в процессе оказания услуг. Копии данных документов могут быть предоставлены по письменному запросу в закреплённые законодательством органы. По требованию Потребителя предоставляется выписка из истории болезни.
- 4.1.5. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
- 4.1.6. Привлекать для оказания Потребителю (пациенту) медицинских услуг третьих лиц.
- 4.1.7. В случае возникновения угрозы жизни и здоровью Потребителя, самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.
- 4.1.8. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и или невозможности обеспечить ее безопасность, в таком случае Потребитель оплачивает стоимость фактически оказанного объема услуги.
- 4.1.9 Требовать от Потребителя (Заказчика) полной оплаты оказанных услуг.

##### **5. «Потребитель» (Заказчик) имеет право:**

- 5.1.1. Получать от Исполнителя полную информацию об объеме, стоимости и результатах получаемой медицинской услуги.
- 5.1.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.
- 5.1.3 Ознакомиться с прейскурантом до заключения Договора.

#### **6. Стоимость услуг и порядок расчета**

- 6.1. Стоимость услуг определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг согласно Счета, который является Приложением к настоящему договору.
- 6.2. Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в Счете, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя сразу после получения услуг.
- 6.3. Обязательства Потребителя по оплате считаются исполненными на дату поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.
- 6.4. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора

#### **7. Условия предоставления услуг**

- 7.1. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, содержатся в Счете, который является Приложением к настоящему Договору.
- 7.2. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Потребителя, в виде комплексной программы хирургического стоматологического лечения с применением имплантов, на возмездной основе за счет денежных средств Потребителя
- 7.3. Условия и сроки ожидания оказания перечисленных платных медицинских услуг согласованы Сторонами Договора. Потребитель записан на прием к выбранному им медицинскому работнику Исполнителю с учетом рационального использования времени Потребителя.
- 7.4. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 7.5. Обязательным предварительным условием оказания Потребителю медицинской услуги является получение от Потребителя (законного представителя) информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Исполнитель вправе не приступать к оказанию медицинской услуги, в случае если Потребитель (законный представитель) отказался подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
- 7.6. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 7.7. Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена в доступной для него форме информация о перечне платных медицинских услуг, сроках ожидания оказания платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 7.8 Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена возможность ознакомиться с клиническими рекомендациями и со стандартами оказания медицинской помощи; с информацией о противопоказаниях для применения данных Услуг (при отдельных заболеваниях); со сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; с графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, с информацией о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).
- 7.9. Исполнитель не гарантирует только положительный результат Потребителю от проведенного лечения, а также отсутствие возможности наступления рецидива заболевания, т.к. действие биологических законов и процессов, протекающих в человеческом организме и затрагиваемых при медицинском вмешательстве не подвластно абсолютному контролю со стороны медицины и лечащего врача.

#### **8. Особые условия и гарантии**

- 8.1. Исполнитель не несет ответственности при возникновении медицинских осложнений по вине Потребителя из-за несоблюдения им гигиенических мероприятий, а также регулярных неявок Потребителя на приемы к лечащему врачу.

8.2. В случае предъявления претензий к качеству обслуживания, а именно неудачной имплантации по вине Исполнителя, в течение 1 года возможна однократная реимплантация с оплатой стоимости импланта Потребителем, либо возвращение номинальной стоимости Услуг за вычетом стоимости расходных материалов и медикаментов.

8.3 В период реабилитации при возможных непредвиденных осложнениях имплантации, которые не связаны с нарушением со стороны Потребителя, Исполнителем возвращается сумма за вычетом стоимости импланта и консультативно-диагностических услуг, либо бесплатно проводится повторное лечение.

8.4. Исполнитель устанавливает для Потребителя гарантийный срок использования импланта сроком 1 год. Гарантийный срок исчисляется с момента установки импланта.

#### **9. Ответственность сторон за невыполнение условий договора**

9.1. Исполнитель несет перед Потребителем ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

9.2. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора.

#### **10. Порядок изменения и расторжения договора**

10.1. Настоящий Договор может быть расторгнут, изменен и дополнен по соглашению Сторон в письменной форме.

10.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств.

#### **11. Порядок разрешения споров**

11.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

11.2. Стороны устанавливают обязательный досудебный претензионный порядок урегулирования споров. Претензия должна быть направлена в письменном виде по адресу, указанному в настоящем Договоре.

11.3. Срок рассмотрения претензии – 30 календарных дней с момента ее получения адресатом.

11.4. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке исходя из норм о подсудности, предусмотренных действующим законодательством.

11.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

#### **12. Срок действия договора и иные условия**

12.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует по полного исполнения сторонами обязательств.

12.2. Договор составлен в 2 (3) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

#### **13. Реквизиты и подписи сторон**

##### **Исполнитель:**

АО «Стоматологическая поликлиника №4»

г. Пермь, ул. Таганрогская, 7.

ИНН 5907017358 /КПП 590701001

ОГРН 1025901512504 от 03.12.2002 МФиФНС №9 по Пермскому краю

ЕГРЮЛ 03.12.2002 № 1025901512504

Межрайонная инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 9 по Пермской области и Коми-Пермяцкому автономному округу

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_

##### **Потребитель (Заказчик):**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

адрес, паспортные данные, телефон

\_\_\_\_\_

подпись