ДОГОВОР №_____
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Отрадный **«___»_____20____г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Стомадент+», именуемое в дальнейшем как **Исполнитель**, в лице директора Заборовского Юрия Михайловича, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-63-01-002660 от 27.06.2014 года, срок действия бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Самарской области, Свидетельство серии 63 №005016953,выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №14 по Самарской области, с одной стороны, и Гражданин(ка) _____
именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель (Пациент)**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Потребитель (Пациент) поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать следующие платные медицинские услуги (работы) в соответствии с указанным перечнем, либо приложением к настоящему договору: _____
_____

1.2.Перечень и стоимость услуг, предоставляемых **Потребителю (Пациенту),** указаны в прейскуранте **Исполнителя**, действующим на дату составления настоящего договора. Работы, если иное не предусмотрено п.1.1.Договора, выполняются материалами, силами и средствами **Исполнителя**.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2.УСЛОВИЯ ИПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1.Услуги **Потребителю(Пациенту)** оказываются в соответствии с режимом работы **Исполнителя**, который доводится до сведения **Потребителя (Пациента)** до заключения договора путем размещения на информационном стенде **Исполнителя.**

2.2. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг **Потребителю (Пациенту), Исполнитель** имеет право привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией, с предварительного согласия **Потребителя (Пациента).**

3.ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1.Стоимость оказываемых **Потребителю (Пациенту)** услуг (работ) по настоящему Договору составляет _____руб.

3.2. Оплата **Потребителем (Пациентом)** производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет **Исполнителя** до предоставлении медицинской услуги (предоплата). В случае, если в ходе обследования или лечения потребовалось оказание дополнительных медицинских услуг, стоимость которых не была предусмотрена п.3.1., до окончания оказания этих услуг производится окончательный расчет в полном объеме.

3.3.При оплате наличным платежом в кассу **Исполнитель** обязан выдать **Потребителю(Пациенту)** кассовый чек.

4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать **Потребителю(Пациенту)** медицинские услуги в установленных договором срок:

4.1.2.предоставить **Потребителю(Пациенту)** доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора:

4.1.3.при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законном порядке:

4.1.4.обеспечить **Потребителю(Пациенту)** информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг;

4.1.5.обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг;

4.1.6.вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых **Потребителю(Пациенту)** услуг;

4.1.7.соблюдение права пациента, предусмотренные ст.19 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4.1.8 хранить в тайне информацию, составляющую врачебную тайну, и предоставлять ее без согласия **Потребителя (Пациента)** в установленных законом случаях, а также лицам, указанным **Потребителем (Пациентом)** в п.п.5.6, 5.7. настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1.требовать от **Потребителя (Пациента)** предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2.привлекать для оказания **Потребителю (Пациенту)** медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3.в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью **Потребителя (Пациента),** а также в иных неотложных ситуациях, самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4.в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору и произвести возврат **Потребителю (Пациенту)** стоимости оплаченной, но не оказанной услуги.

4.2.5. требовать от **Потребителя (пациента)** полной оплаты оказанных услуг;

4.2.6.осуществлять обработку персональных данных пациента в порядке и пределах, указанных в п.5.5.Договора.

4.3.Потребитель (Пациент) обязан:

4.3.1. своевременно, оплатить стоимость услуги:

4.3.2.сообщить **Исполнителю** сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакции на медикаменты, переносимые заболевания и пр.);

4.3.3.соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные **Потребителем (Пациентом),** неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4.своевременно информировать **Исполнителя** о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению **Потребителем (Пациентом)** условий договора, а также о необходимости изменения назначенного **Потребитель (Пациенту)** времени получения услуги.

4.4.Потребитель (Пациент) имеет право:

4.4.1.получать от **Исполнителя** полную и доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2.отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5.ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ, УСЛОВИЯ И СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ

5.1.Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность №ЛО-63-01-002660 от 27 июня 2014 года, бессрочно; При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, выданную Министерством здравоохранения Самарской области, 443020, г.Самара, ул.Ленинская,73; тел.(846)333-00-16.

5.2. Продолжительность услуги:_____дней (часов).

Исполнитель приступает к оказанию услуг не позднее _____ с момента ее оплаты **Потребителем (Пациентом)** при наличии технической возможности. При консультации узких специалистов, выполнении отдельных видов лабораторных и (или) инструментальных исследований возможно ожидание в порядке очереди. О моменте выполнения иных манипуляций **Потребитель(Пациент)** уведомляется врачом дополнительно, о чем делается отметка в медицинской документации.

5.3. Лечение производит врач (врачи):_____

5.4.Потребитель (Пациент) в доступной для него форме информирован:

5.4.1.обо всех возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью.

5.4.2.о несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.4.3.дополнительно разъяснено

5.5.Необходимым предварительном условием оказания медицинской помощи является добровольное информированное согласие пациента на предоставление медицинских услуг. Подписанием Договора **Потребителем (Пациентом)** подтверждает согласие на получение медицинской помощи за установленную плату. **Потребитель (Пациент)** подтверждает также свое информированное добровольное согласие на оказание медицинской помощи и согласие на обработку персональных данных, в частности, предоставляет **Исполнителю** право совершать действия (операции) с персональными данными, включающими сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновления, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, к которым относится информация, относящаяся к физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес,профессия, состояние здоровья, другую необходимую информацию.

6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1.Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Пациентом)** за неисполнением или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

6.2. Исполнитель несет имущественную ответственность непосредственно перед **Потребителем (Пациентом)** за несоблюдение требований установленных нормативными актами Российской Федерацией, предъявляемых к методам диагностики, профилактики лечения, в случае причинения вреда здоровью и жизни в полном объеме.

6.3. При несоблюдении **Исполнителем** обязательств по сроку исполнения услуг **Потребитель (Пациент)** вправе по своему выбору:

-назначить новый срок оказания услуг;

-потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

-потребовать исполнения услуги и другими специалистами;

-потребовать возмещения убытков;

-расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

6.4. За нарушение установленных сроков оказания услуг **Исполнитель** выплачивает **Потребителю (Пациенту**) неустойку в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

6.5.Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием неопределенной силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовке и других стихийных бедствий, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.6.Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7.СРОК ДЕСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2.Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой части договора.

7.3.Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгнут. **Исполнитель** информирует **Потребителю(Пациенту)** о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1.Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия -в судебном порядке.

8.2.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9.РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Стомадент+»	**Потребитель (Пациент):**_____ _____
446300 Самарская обл., г.Отрадный, ул. Отрадная, д.17-А, кв.47 т.8-(84661)-2-42-44 факс:5-34-44 e-mail: stomadent_otr@mail.ru ИНН: 6372013628 КПП: 637201001 Р/с: 40702810654400000572 БИК: 043601607 БАНК: Поволжский Банк ОАО «Сбербанк России» г.Самара Директор _____/Ю.М.Заборовский/ м.п.	Паспорт:_____ _____ _____ (серия, номер, кем и когда выдан) Адрес:_____ _____ _____ Телефон:_____ _____/_____/