**МУП "Стоматологическая поликлиника"**

ДОГОВОР

**от " " 201 г.**

**на оказание платных стоматологических услуг**

Муниципальное унитарное предприятие "Стоматологическая поликлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Перевера OA, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили договор о нижеследующем: Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную стоматологическую услугу

в соответствии с лицензией № ЛO 53-01-000905от 31августа 2015 выданной Департаментом здравоохранения Новгородской области, расположенному по адресу: Великий Новгород, Софийская площадь, 1;телефон 8(8162)73-22-97

Свидетельство о государственной регистрации; серия 53 № 0342015 от 2.08.2002 г.

ОГРН 1025301187141.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

1. Исполнитель обязуется:

1.1. Оказать Пациенту качественную, квалифицированную стоматологическую помощь.

1.2. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге,

1. Составить и согласовать с Пациентом рекомендуемый план лечения, определив порядок и сроки его выполнения.
2. Информировать Пациента о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования, операции в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.
3. Определить для Пациента гарантийные обязательства на оказанные по настоящему договору услуги, указав их в договоре. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих пунктов:
* Пациент регулярно соблюдает гигиену полости рта;
* Пациент не проводит коррекцию работы, выполненной Исполнителем, в других стоматологических организациях;
* Пациент обращается в клинику Исполнителя, где оказывалась услуга, в случае дискомфорта и других проявлений в области проведенного лечения;
* Пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки из других стоматологических организаций, если он обращается за неотложной помощью;
* гарантийные обязательства на проведенное лечение, протезирование сохраняются при условии выполнения Пациентом всего согласованного плана лечения;
* гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях, кроме того при несоблюдении п.п. 2.2, .2.3,
1. Информировать Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования, в соответствии и с согласованным планом лечения.
2. Выполнить работы в срок до 1 (одного) года, согласованно с Пациентом, при условии соблюдения им сроков явки на приём.
3. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

 **Пациент обязуется:**

 2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор), о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении; имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

1. Строго соблюдать назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.
2. Своевременно являться на приём, а при невозможности явки по уважительной причине в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.
3. Удостоверить своей личной подписью в амбулаторной карте следующее:
* факт ознакомления и согласия с рекомендованным планом лечения и его стоимостью;
* факт ознакомления с назначениями, рекомендациями, возможными осложнениями, а также установленными гарантийными обязательствами.
1. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора. 3, Исполнитель имеет право:

в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной

диагнозом

СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

* 1. Цена услуги определяется по установленному Исполнителем прейскуранту и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Оплата услуги производится Пациентом в рублях в наличной форме. Предварительная оплата составляет 80% стоимости через кассу.
2. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее окончание по вине Пациента.
3. Перечень и наименование оказанных медицинских услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

Ответственность сторон при соблюдении условий настоящего договора определяется в соответствии с действующим законодательством.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

* + 1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.
		2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.
		3. Неотъемлемой частью настоящего договора является амбулаторная карта

Пациента, которая хранится у Исполнителя.

* + 1. Во всем остальном, не предусмотренном настоящем договором, стороны

руководствуются действующим законодательством.

* + 1. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу,

по одному для каждой из сторон.

ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

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

**АДРЕСА И ПОДПИСИ** СТОРОН

Исполнитель:

МУП "Стоматологическая поликлиника"; тел. 3-29-44

175200, г. Старая Русса, ул. Крестецкая, д.26

Главный врач Перевера О.А.

Пациент :Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лечащий врач: Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_