

**Договор N \_\_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг.**

г. Орел

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматолог» (ООО «Стоматолог»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Митрофанова Владимира Александровича, действующего на основании Устава, зарегистрированное Регистрационной палатой администрации г. Орла, регистрационный № 1222-П Серия С от 12.02.1998 г., о чем Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Советскому району г. Орла 06.11.2002 г. внесена запись в ЕГРЮЛ за ОГРН 1025700827987 (свидетельство бланк серия 57 № 000237225), ИНН 5753001436, место нахождения: 302020, РФ, Орловская обл., г. Орел, ул. Матросова, д. 9, пом. 86 лицензия № ЛО-57-01-000408 от 08.02.2012 г. (бланк серия ЛО-57 № 0000032), номенклатура работ и услуг: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической выдана Департаментом здравоохранения и социального развития Орловской области адрес места выдавшего органа: 302021, г. Орел, Ленина пл., д. 1., телефон: 8(4862) 47-53-47, одной стороны,

и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», дата рождения \_\_\_\_\_ г. паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, к.п. \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_, адрес проживания \_\_\_\_\_,

действующий с согласия законного представителя \_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, к.п. \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_ с другой стороны,

при совместном упоминании именуемых «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента, обязуется оказать ему медицинские стоматологические услуги, оговоренные в Дополнительных соглашениях (далее - «медицинские услуги»), а Пациент обязуется оплатить Исполнителю указанные стоматологические услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения, по адресу: 302020, РФ, Орловская обл., г. Орел, ул. Матросова, д. 9.

1.3. Исполнитель информирует пациента о характере оказываемой стоматологической услуги, возможных осложнениях, технологических особенностях манипуляций, вмешательств.

1.4. Исполнитель организует и обеспечивает оказание стоматологических услуг согласно утверждённым технологиям и в соответствии с перечнем разрешённых лицензией и сертифицированных видов медицинской деятельности. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора:

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
ООО «Стоматолог»

ПАЦИЕНТ:

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/В.А.Митрофанов/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- провести осмотр Пациента врачами-стоматологами (терапевтом, хирургом, ортопедом, ортодонтом, парадонтологом, гигиенистом). При необходимости обеспечить осмотр и консультацию других специалистов. Результаты осмотра, выводы, развитие возможных осложнений, довести до сведения Пациента и занести в амбулаторную карту стоматологического больного.

- ознакомить Пациента с планом и стоимостью каждого вида стоматологического лечения. При изменении плана и стоимости лечения информировать об этом Пациента и осуществлять дальнейшее лечение с его согласия.

- исполнять все манипуляции, профилактические, диагностические, в том числе компьютерная томография, и лечебные вмешательства в соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ и объективным состоянием здоровья пациента на момент оказания стоматологической услуги.

2.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

2.1.3. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

2.1.4. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения в ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

2.1.5. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.6. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) копию учредительных документов Исполнителя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.7. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Ознакомиться и соблюдать Правила оказания стоматологических услуг в клинике Исполнителя, а так же соблюдать правила поведения Пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.2.2. Заполнить анкету здоровья стоматологического больного, предложенную Исполнителем для оценки общего состояния здоровья Пациента, внимательно изучив её и отметив все имеющиеся отклонения в состоянии своего здоровья, информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также предоставить свои персональные данные в целях организации процесса оказания услуг пациенту.

2.2.3. Выполнять требования и рекомендации лечащих врачей, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.4. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, принимаемых лекарственных препаратах.

2.2.5. Извещать через регистратуру о невозможности плановой явки на приём к врачу за 24 часа до приёма.

2.2.6. Оставить свою подпись в дополнительных соглашениях, под каждой информацией, полученной от врача, либо другого медицинского работника.

2.2.7. Своевременно оплачивать предоставленные исполнителем услуги по согласованному плану лечения и действующему на момент оказания услуги прейскуранту цен.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления, либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
ООО «Стоматолог»

ПАЦИЕНТ:

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/В.А.Митрофанов/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

2.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.4. Исполнитель может заменить лечащего врача Пациента по его личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость).

2.3.5. Исполнитель вправе использовать персональные данные Пациента в целях организации процесса оказания услуг Пациенту.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Пациент вправе отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты ранее выполненных Исполнителем услуг.

2.4.3. Пациент вправе требовать выписку об объёме оказанной помощи, используемых материалах, их действии, требовать предоставления полной информации (ксерокопии медицинских документов) о своём состоянии здоровья и проведённом лечении. Подлинники документов хранятся у Исполнителя и не выдаются на руки Пациенту.

#### 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1 Исполнитель несёт ответственность: за качество выполняемых услуг лечебно-диагностического процесса, за использование технологий диагностики, лечения, профилактики, разрешённых на территории РФ;

3.2. При отсутствии иных указаний Исполнителя после проведённых стоматологических вмешательств Пациенту рекомендуется проходить профилактический осмотр в 1 раз в 6 месяцев.

3.3. При отказе Пациента от дополнительных обследований, необходимых для адекватного лечения и профилактики нежелательных результатов, Исполнитель не несёт ответственности за наступление осложнений, побочных реакций, ухудшение первоначально достигнутого результата.

3.4 Пациент несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, чёткое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату медицинских услуг.

3.5. При снижении качества оказанной услуги по вине Исполнителя, приведшем к полной или частичной потере функции, косметическим и др. дефектам, Исполнитель проводит коррекцию работ за счёт собственных средств.

#### 4. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Оплата оказанных услуг проводится согласно действующему на день оплаты Прейскуранту Исполнителя.

#### 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом, претензии Пациента составляются письменно и рассматриваются Исполнителем в течение 10-ти (десяти) рабочих дней.

5.2. Исполнитель не несёт ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если он со всей ответственностью, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата.

5.3. Пациент несёт ответственность в установленном законном порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

5.4. В случае отказа Пациента, после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.5. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

5.5. При невозможности достигнуть согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

#### 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31.12.2014 г.

6.2. Сроки выполнения медицинских услуг, их стоимость, сроки службы медицинских изделий

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
ООО «Стоматолог»

ПАЦИЕНТ:

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/В.А.Митрофанов/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(ортопедических конструкций, пломб, имплантатов и др.) и гарантия описываются в дополнительном соглашении, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

#### 7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Наблюдение за Пациентом после окончания выполнения договорных обязательств проводится в соответствии с действующими нормативными документами МЗ РФ и графиком контрольных осмотров, составленных Исполнителем, что отражается в амбулаторной карте стоматологического больного.

7.2. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 «О защите прав потребителей».

7.3. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Пациента, другой у Исполнителя.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:  
ООО «Стоматолог»

ПАЦИЕНТ:

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_/В.А.Митрофанов/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Типовая форма договора  
об оказании платных  
медицинских услуг  
для пациентов от 14 до 18 лет

ИСПОЛНИТЕЛЬ  
ООО «Стоматолог»

ПАЦИЕНТ:

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/В.А.Митрофанов/

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_