

**Договор на оказание платных медицинских услуг № {НомерКарты}**  
г. Санкт-Петербург {ДатаПервогоПриема}

ООО «Счастливые зубы», на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № 78-01-003208 от «24» декабря 2012 г., именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Генерального директора Середы А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_,

действующий в интересах {ФАМИЛИЯИмяОтчество},

именуемый(-ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, вступая в гражданско-правовые отношения и руководствуясь ст. 779-787 ГК РФ и Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

1.1. ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в период времени, согласованный сторонами, оказать услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности №78-01-003208 от «24» декабря 2012 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга на основании приказа лицензирующего органа от 24.12. 2012 г. № 1493-п

1.2. Виды диагностического обследования и лечения будут рекомендоваться каждому ЗАКАЗЧИКУ индивидуально в соответствии с перечнем предоставляемых услуг по стоматологическому лечению и действующим прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет платные медицинские услуги по адресу: г. Санкт-Петербург, пр. Ветеранов д.122 пом. 43Н лит. А.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

2.1.1. Качественно оказать медицинские услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ, методами диагностики, профилактики и лечения, разрешенными для применения на территории РФ.

2.1.2. Предоставить ЗАКАЗЧИКУ информацию об услугах, о применяемых методиках, о последствиях медицинского воздействия, по содержанию и в объеме, объективно позволяющем принять решение о получении медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.3. При предоставлении медицинских услуг обеспечить применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий и медицинского оборудования, имеющих соответствующие сертификаты и регистрационные удостоверения.

2.1.4. Занести в амбулаторную карту результаты осмотра, предварительный диагноз, план лечения, информацию о применяемых методах обследования под личную подпись пациента.

2.1.5. Предоставить ЗАКАЗЧИКУ гарантийные обязательства.

2.1.6. Предупредить ЗАКАЗЧИКА о причинах возможного снижения качества оказываемых услуг, уменьшении срока гарантии, об отсутствии гарантий при консервативном лечении периодонтитов, хронических заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта, хирургических вмешательствах, дентальной имплантации (при лечении этих заболеваний гарантируется применение современных технологий и материалов), о возможных последствиях и осложнениях под его личную подпись.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе - в день процедуры, в случае обнаружения у ЗАКАЗЧИКА противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма, при опоздании ЗАКАЗЧИКА на приём более, чем на 20 минут от назначенного времени, перенести лечебное мероприятие на другой (новый) срок, согласованный с ЗАКАЗЧИКОМ.

2.2.2. Требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения рекомендаций, обеспечивающих качественное предоставление стоматологических услуг.

2.2.3. Отказать ЗАКАЗЧИКУ в оказании медицинских услуг при отсутствии медицинских показаний или при наличии противопоказаний, при отказе засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора.

2.3. ЗАКАЗЧИК обязуется:

2.3.1. Ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг, предоставленных ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

2.3.2. Оплатить медицинские услуги согласно действующему Прейскуранту цен в день оказания услуг.

2.3.3. Производить предварительную оплату ортопедической, ортодонтической и имплантологической услуг по прейскуранту, в размере 50% от общей стоимости запланированной услуги.

2.3.4. Давать полную, достоверную и правдивую информацию лечащему врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, аллергических реакциях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах.

2.3.5. При предоставлении гарантийного срока с профилактической целью посещать лечащего врача не реже 1 раза в 6 месяцев (бесплатно), хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон.

2.3.6. Ставить свою подпись под информацией, полученной от лечащего врача.

2.4. ЗАКАЗЧИК имеет право:

2.4.1. Выбрать день и время явки на приём в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ, перенести ранее назначенный приём на другое время, уведомив об этом не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.

2.4.2. На получение в доступной для понимания форме информации о технологии оказания услуги, о возможных болевых ощущениях в процессе выполнения манипуляций и вмешательствах, о возможных последствиях и осложнениях, а также о

наличии альтернативных видов подобного рода услуг, с целью обеспечения права на информационный выбор.

### 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за качество предоставляемых услуг, выполнение врачебных манипуляций, за соблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, соблюдение санитарно-гигиенического режима, за ведение медицинской документации.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственность за качество предоставляемых услуг в случае:

3.2.1. Предоставления их по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения.

3.2.2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.

3.2.3. Возникновения осложнений, возникших по причине неявки пациента в срок, указанный врачом.

3.2.4. Переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим пациентом.

3.3. ЗАКАЗЧИК несет ответственность за достоверность предоставленной информации, выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных услуг.

3.4. Все споры по настоящему Договору разрешаются сторонами путём переговоров и направлении письменных претензий. Срок рассмотрения полученных претензий 30 дней. При не достижении соглашения споры рассматриваются судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ.

3.5. Гарантийный срок на выполненные работы составляет 1 год, за исключением хирургических операций, консервативного лечения периодонтитов, хронических заболеваний пародонта, слизистой оболочки полости рта и дентальной имплантации.

### 4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

4.2. Договор может быть пролонгирован или досрочно расторгнут по соглашению сторон.

4.3. В случае расторжения договора ИСПОЛНИТЕЛЬ возвращает сумму, внесенную ЗАКАЗЧИКОМ, но не использованную в процессе лечения.

### 5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

5.1. ЗАКАЗЧИК даёт своё согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных в соответствии с Федеральным Законом РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» изм. ФЗ № 261 от 25.07.2011 г. (под обработкой персональных данных в названном законе понимаются действия с персональными данными физических лиц, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование.)

5.2. ЗАКАЗЧИК даёт своё согласие на использование видеосъемки в клинике во время приема, съемка ведется в целях безопасности, в целях контроля качества оказания стоматологических услуг. Конфиденциальность проведения видеосъемки ИСПОЛНИТЕЛЬ гарантирует.

Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах - по одному для каждой из сторон.

### 6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
ООО «Счастливые зубы» Юридический и фактический адрес: 198205, г. Санкт-Петербург, пр. Ветеранов д.122 лит. А. пом. 43Н Тел./факс: (812) 572-91-90, 572-91-81 ИНН 7807311582 КПП 780701001 ОГРН 1067847206734 р/с 40702810507460000025 ФИЛИАЛ ПЕТРОВСКИЙ ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ" г. Санкт-Петербург к/с 30101810540300000795 БИК 044030795	ФИО _____  Нижеследующий абзац заполняется только на несовершеннолетнее или недееспособное лицо, представителем которого Вы являетесь _____ (ФИО потребителя услуг – полностью, собственноручно) являюсь законным представителем несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным.
Генеральный директор	Серда А. В. Подпись _____