



ДОГОВОР _____

на оказание платных стоматологических услуг

г.Челябинск

Дата договора

ООО Стоматологическая клиника «КРИСТАЛЛ», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Генерального директора Ермакова Станислава Ивановича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, действующий (щая) в интересах _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. **Исполнитель** оказывает платные медицинские услуги (далее именуемые медицинскими услугами) **Заказчику/Потребителю** в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности лицензии № Л041-01024-74/003007590 от 08.08.2016 года (При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи).

1.2. **Заказчик/Потребитель** обязуется принять и оплатить оказанную медицинскую услугу на условиях настоящего Договора.

1.3. Объем и сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и конкретной клинической ситуации **Заказчика/Потребителя** с учетом материально-технической возможности **Исполнителя**, загруженности приема врача. Перечень медицинских услуг, объем, стоимость и сроки лечения согласовываются лечащим врачом с **Заказчиком/Потребителем** до момента начала оказания медицинских услуг, оформляются в твердой или приблизительной смете на оказание медицинских услуг, которая становится неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1).

1.4. Условия, сроки ожидания и предоставления медицинских услуг определяются Приказом генерального директора ООО СК «Кристалл», с которыми **Заказчик/Потребитель** может ознакомиться в регистратуре и на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

1.5. **Исполнителем** к оказанию медицинских услуг могут быть привлечены третьи юридические лица, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг.

1.6. **Заказчик/Потребитель** подписывает настоящий Договор, подтверждает предоставление ему сведений о порядках оказания медицинской помощи и стандартах оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг; перечня предоставляемых **Исполнителем** медицинских услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения этих услуг, сведений о квалификации и сертификации медицинских работников **Исполнителя**; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также иной информации, обеспечивающей возможность правильного и осознанного выбора.

1.7. Подписывая данный договор, **Заказчик/Потребитель** подтверждает, что информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), и понимает, что ООО СК «Кристалл» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь платно.

2. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. **Исполнитель** оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу, указанному в лицензии.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи **Заказчика/Потребителя** на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через администратора по номеру +7 (351) 281-30-33 или посредством онлайн записи на сайте www.kristallclinic.ru.

2.3. Необходимым условием для исполнения настоящего Договора является согласие **Заказчика/Потребителя** с предложенным планом лечения, объемом, стоимостью лечения, сроками и порядком лечения, оформленное подписью **Заказчика/Потребителя** в приблизительной смете (Приложение № 1) и информированном добровольном согласии. Цена услуг определена в приблизительной смете (Приложение № 1). В случае необходимости изменения приблизительной сметы во время лечения **Исполнитель** обязан своевременно уведомить **Заказчика/Потребителя**. **Заказчик/Потребитель** вправе потребовать составления твердой сметы, которая не подлежит изменению.

Приблизительная и твердая сметы (Приложение №1) являются неотъемлемой частью договора.

В случае увеличения стоимости при оказании платных медицинских услуг **Исполнитель** обязан уведомить **Заказчика/Потребителя** письменно.

2.4. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласованию с **Заказчиком/Потребителем**.

2.5. Отказ **Заказчика/Потребителя** от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, оформляется в письменном виде. В случае отказа **Заказчика/Потребителя** от завершения начатой работы **Исполнитель** возвращает уплаченную сумму за вычетом стоимости уже выполненной работы. В случае отказа **Заказчика/Потребителя** от выполненной работы аванс не возвращается. В случае неблагоприятного исхода лечения, в возможности которого **Заказчик/Потребитель** предупрежден **Исполнителем** до начала лечения (информированное согласие), возврат внесенных **Заказчиком/Потребителем** денежных средств не производится.

2.6. Время явки **Заказчика/Потребителя** на прием согласовывается с **Заказчиком/Потребителем** каждый раз. Согласование даты и времени явки **Заказчика/Потребителя** на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

2.7. Не явка **Заказчика/Потребителя** на прием является основанием для продления срока лечения.

3. Права и обязанности Сторон и условия их реализации

3.1. **Исполнитель** обязан:

3.1.1. Обеспечить предоставление квалифицированных услуг **Заказчику/Потребителю**.

3.1.2. Ознакомить **Заказчика/Потребителя** с условиями предоставления услуг, планом, сроками лечения, стоимостью путем составления твердой или приблизительной сметы на медицинские услуги (Приложение № 1).

3.1.3. Информировать **Заказчика/Потребителя** о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, как на этапах лечения, так и по его завершению.

3.1.4. Оказать **Потребителю** медицинские услуги качественно и в сроки, установленные в соответствии с внутренним документом **Исполнителя**, размещенным на информационном стенде Клиники, указанные сроки могут быть изменены в зависимости от состояния здоровья **Потребителя**, а также с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить Перечень медицинских услуг с оказанием дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных настоящим Договором, как то, но не исключительно, с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования и так далее, то такие услуги могут быть оказаны только путем предупреждения об этом **Исполнителем** **Заказчика/Потребителя** и его устного согласия. **Исполнитель** предлагает **Заказчику/Потребителю** оказать платные дополнительные медицинские услуги, а также подписать Дополнительное соглашение к настоящему договору на оказание дополнительных платных медицинских услуг (Приложение № 2), а также информированное добровольное согласие на каждый вид дополнительных платных медицинских услуг до их оказания. Отказ **Заказчика/Потребителя** от получения дополнительных платных медицинских услуг на возмездной основе, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если **Исполнитель** придет к выводу, что без оказания дополнительных медицинских услуг на возмездной основе оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для **Заказчика/Потребителя**, Стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией **Исполнителю** фактически понесенных затрат.

3.1.6. **Исполнитель** не несет ответственности за результат оказания медицинских услуг в случае несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий, как то:

- несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** гигиены полости рта;
- невыполнения **Заказчиком/Потребителем** назначений, указаний и рекомендаций врача;
- несвоевременного сообщения **Заказчиком/Потребителем** о возникших нарушениях и осложнениях;
- химического и физического повреждения **Заказчиком/Потребителем** пломб, десен, ортопедических приспособлений;
- невыполнения **Заказчиком/Потребителем** п.3.2. и п.4 настоящего Договора;
- возникновения осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в стороннем лечебном учреждении;

ж) возникновения аллергических реакций (на лекарственные препараты или материалы), о возможности возникновения которых **Исполнитель** не был предупрежден **Заказчиком/Потребителем**;

з) устранения недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации до момента обращения к **Исполнителю** на прием для оценки состояния **Заказчика/Потребителя** по возникшим жалобам.

3.2. Заказчик/Потребитель обязан:

3.2.1. Предоставить необходимую для **Исполнителя** достоверную информацию о состоянии здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств.

3.2.2. Оплатить оказанные **Исполнителем** услуги в соответствии с пунктом 4 настоящего договора.

3.2.3. Соблюдать назначения/рекомендации лечащего врача, включая явки на прием, в том числе для продолжения незавершенного лечения и замены временных ортопедических конструкций, явку на профилактические осмотры и профессиональную гигиену, соблюдение режима гигиены, питания и уход за ротовой полостью после проведенных процедур.

В случае несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** рекомендаций по лечению **Исполнителя**, в том числе назначенного режима лечения, **Исполнитель** уведомляет, что это может повлечь следующие негативные последствия:

- Снижение эффективности лечения: запланированный результат терапии может быть не достигнут в полном объеме, либо эффект от лечения окажется кратковременным.

- Увеличение сроков лечения: для достижения первоначально заявленной цели может потребоваться проведение дополнительных процедур, визитов или курсов терапии, что увеличит общий период оказания услуги.

- Ухудшение состояния здоровья: возможно прогрессирование основного заболевания или развитие осложнений, включая те, которые требуют экстренного или стационарного вмешательства.

Невозможность завершения услуги: при систематических нарушениях **Исполнитель** оставляет за собой право приостановить оказание услуги до устранения нарушений со стороны **Заказчика/Потребителя** (при этом услуги, оказанные до приостановки, подлежат оплате).

3.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации и режим лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности **Заказчика/Потребителя**, и правила поведения **Заказчика/Потребителя** в медицинской организации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Положением о порядке оказания платных медицинских услуг в ООО СК «Кристалл».

3.2.5. Удостоверить личной подписью информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства, сообщенные сведения о своем здоровье, факт ознакомления с приблизительной, либо твердой сметой (Приложение № 1), факт ознакомления с назначениями и рекомендациями, письменное согласие на обработку, использование и хранение его персональных данных.

3.2.6. Принять оказанные услуги, ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями путем письменного подписания акта выполненных работ.

3.2.7. Соблюдать назначения, указания и рекомендации лечащего врача, установленный **Исполнителем** режим лечения, для сохранения достигнутого результата лечения и гарантийных обязательств **Исполнителя**. В случае несоблюдения данного пункта, **Исполнитель** не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение гарантийных обязательств.

3.2.8. Выполнить план лечения, на реализацию которого **Заказчик/Потребитель** дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения.

3.2.9. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, в период действия гарантийных обязательств **Исполнителя**, а также о принимаемых лекарственных препаратах. В случае несоблюдения данного пункта, **Исполнитель** не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение гарантийных обязательств.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем, стоимость лечения, оказывать дополнительные услуги с письменного согласия **Заказчика/Потребителя**. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

3.3.2. При необходимости направлять **Заказчика/Потребителя** в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых **Заказчиком/Потребителем**.

3.3.3. Заменить лечащего врача другим специалистом соответствующей квалификации.

3.3.4. Отказать в приеме **Заказчику/Потребителю** в следующих случаях:

- если **Заказчик/Потребитель** находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- если существует угроза жизни и здоровью персонала **Исполнителя** или других пациентов;

- если **Заказчик/Потребитель** виновен в нарушении положения о режиме работы **Исполнителя**.

3.3.5. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от **Заказчика/Потребителя** и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки (несоблюдение **Заказчиком/Потребителем**) рекомендаций врача и невыполнение назначений; отказ от дополнительных обследований, необходимых для постановки диагноза и формирования плана лечения, нарушение правил внутреннего распорядка в медицинской организации; некорректное, неэтичное, деструктивное и/или оскорбительное поведение **Заказчика/Потребителя** в отношении с лечащим врачом, врачебным персоналом) **Исполнитель** информирует **Заказчика/Потребителя** о необходимости устранения перечисленных обстоятельств в устной форме, либо в письменном виде, либо путем направления уведомления **Заказчику/Потребителю** на адрес электронной почты. Если после этого **Заказчик/Потребитель** не устранил перечисленные обстоятельства, **Исполнитель** имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с **Заказчиком/Потребителем** (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей») и потребовать полного возмещения убытков. Отказ возможен только при отсутствии у **Заказчика/Потребителя** состояния, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

3.4. Заказчик/Потребитель имеет право:

3.4.1. В случае заключения договора **Заказчиком** в пользу **Потребителя**, последний, подписанием согласия, представляет **Исполнителю** право предоставлять **Заказчику** всю информацию, либо её часть, о состоянии своего здоровья, объеме и характере оказываемых медицинских услуг, их стоимости, иную информацию, касающуюся вопросов оказания услуг.

3.4.2. Получать информацию о состоянии здоровья, относящуюся к компетенции специалистов **Исполнителя**, получать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья **Потребителя** после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

3.4.3. Сведения о Порядке и условиях выдачи **Заказчику/Потребителю** копий медицинских документов, копий, выписок после оказания услуги, отражающих сведения о состоянии здоровья **Потребителя**, оказанных услугах, проведенных диагностических исследованиях, применяемых лекарственных препаратах осуществляются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 789Н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», размещенного на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

3.4.4. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых **Исполнителем** услугах.

3.4.5. Выбирать время приема врача из имеющегося свободного в расписании.

3.4.6. Знакомится с документами, подтверждающими квалификацию лечащего врача и правоспособность **Исполнителя**.

3.4.7. На облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством.

3.4.8. Отказаться от услуг **Исполнителя**, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных **Исполнителем** расходов по настоящему договору.

3.4.9. При обнаружении недостатков оказанной услуги **Заказчик/Потребитель** имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 «Закона о защите прав потребителей».

3.4.10. При применении медицинских изделий получить информацию о сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к применению. Также **Заказчику/Потребителю** предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

4. Стоимость услуг, порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденными **Исполнителем** и привлекаемыми им третьими лицами в соответствии с условиями настоящего Договора, действующим на момент получения **Потребителем** медицинских услуг, с которыми **Заказчик/Потребитель** предварительно знакомится до подписания договора, и фиксируется в приблизительной, либо в твердой смете (Приложение № 1). Оплата всех сумм по договору производится в российских рублях, включающих все налоги. С действующим прейскурантом **Заказчик/Потребитель** может ознакомиться на информационном стенде в холле Клиники и на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

Подписывая настоящий договор, **Заказчик/Потребитель** подтверждает факт ознакомления и согласия с прейскурантом **Исполнителя**.

4.2. Стороны соглашаются, что при хирургическом и терапевтическом лечении оплата производится после каждого посещения.

4.3. Ортопедические работы до начала их изготовления оплачиваются **Заказчиком/Потребителем** в размере не менее 50% от стоимости услуг по ордеру, оформленному лечащим врачом, окончательный расчет за ортопедическое лечение производится **Заказчиком/Потребителем** в день сдачи, до фиксации ортопедической конструкции, путем внесения в кассу **Исполнителя** оставшейся суммы.

4.4. **Заказчик/Потребитель** производит оплату за оказанную услугу (или часть услуги) по факту выполнения в следующем порядке:

1) наличными денежными средствами путем внесения в кассу **Исполнителя**;

2) безналичным платежом путем применения банковской платежной карты через терминал, находящийся в кассе **Исполнителя**.

4.5. В случае невозможности исполнения Договора, возникшей по вине **Заказчика/Потребителя**, услуги **Исполнителя** подлежат оплате **Заказчиком/Потребителем** в полном объеме.

4.6. В случае обращения **Заказчика/Потребителя** с полисом (направлением, гарантийным письмом и т.д.) ДМС страховой компании, с которой **Исполнитель** имеет договорные отношения. Оказанные услуги, в рамках страховой программы, оплачивает страховая компания. Услуги, не входящие в программу ДМС **Заказчика/Потребителя**, оплачиваются **Заказчиком/Потребителем** за счет собственных средств, в порядке и размере, предусмотренном настоящим Договором.

Заказчик:

*При отсутствии паспорта, данные внесены со слов Заказчика
«Со всеми пунктами договора ознакомлен согласен»
Экземпляр договора на руки получен

подпись

Согласно Федеральному закону № 126-ФЗ от 07.07.2013г. «О связи», даю согласие
получать информацию от ООО СК «КРИСТАЛЛ» в виде смс-сообщений о назначенном
приеме на указанный выше номер телефона.

подпись