

**ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ**

Г. Воронеж

«___» _____ **202**__ г.

Индивидуальный Предприниматель Черных Артем Алексеевич, действующий на основании свидетельства о государственной регистрации ОГРНИП 322366800004677 выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области, именуемый в дальнейшем "ИСПОЛНИТЕЛЬ", с одной стороны, и

гр _____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество родителя)

паспорт № _____, выдан _____

действующий(ая) за своего(ю) несовершеннолетнего(ую) сына (дочь)
_____, _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество ребенка)

свидетельство о рождении № _____, выдано _____

паспорт № _____, выдан _____

именуемый в дальнейшем "РОДИТЕЛЬ ", с другой стороны, заключили Договор на лечение своего ребенка:

(фамилия, имя, отчество ребенка)

именуемого в дальнейшем «ПАЦИЕНТ» о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ платные стоматологические услуги (при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии хирургической) в соответствии с лицензией Л041-01136-36/00578059 от 13.07.2022г. выданной Департаментом здравоохранения Воронежской области (г. Воронеж, ул. Красноармейская, д. 52д, тел. 212-61-79, e-mail: office@zdrav36.ru, сайт: <https://zdrav36.ru/>), (срок действия лицензии – бессрочно).

1.2. Медицинские услуги оказываются в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом, и являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Оказываемые ПАЦИЕНТУ услуги фиксируются в медицинской карте ПАЦИЕНТА (форма №043у).

1.3. РОДИТЕЛЬ добровольно принимает на себя обязательства по оплате оказанных медицинских услуг ПАЦИЕНТУ, а также дает свое согласие на оплату оказанных медицинских услуг ПАЦИЕНТОМ, в соответствии перечнем платных медицинских услуг (прейскурантом цен), установленным ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

1.4. Срок ожидания платных медицинских услуг устанавливается в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1.1. Проинформировать РОДИТЕЛЯ об объеме, предполагаемой стоимости и сроках необходимого лечения, возможных осложнениях, и получить его согласие на лечение, отразив результаты обследования в медицинской карте ПАЦИЕНТА. Факт начала лечения означает выполнение ИСПОЛНИТЕЛЕМ своих обязательств по данному пункту договора.

2.1.2. Поручить лечение врачу, который обязан обеспечить качественные и безболезненные методы лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе назначить другого врача для проведения лечения, уведомив об этом РОДИТЕЛЯ или ПАЦИЕНТА.

2.1.3. Оказывать стоматологические услуги с применением необходимых технологий, материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

2.1.4. Вести медицинскую карту ПАЦИЕНТА (ф.043у), являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора, и другую документацию при оказании услуг.

2.1.5. Поставить в известность РОДИТЕЛЯ о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении. При необходимости ПАЦИЕНТУ могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с РОДИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ, а также врачебную тайну.

2.1.7. Предоставить гарантию на оказанные услуги на срок 1 год. В случаях, когда ИСПОЛНИТЕЛЬ осуществляет лечение зубов, ранее леченных в других клиниках, вопрос о гарантиях и сроке службы решается индивидуально. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае невыполнения рекомендаций лечащего врача, нарушения сроков посещения лечащего врача. Гарантийные обязательства не распространяются на временные конструкции (временные ортопедические коронки и временные мостовидные протезы, временные пломбы).

2.1.8. После исполнения Договора бесплатно выдать ПАЦИЕНТУ медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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 в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления письменного заявления РОДИТЕЛЯ.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения ПАЦИЕНТА в рамках плана лечения.

2.2.2. Делать рентгеновские снимки, диагностические модели и проводить любые диагностические мероприятия, которые врач найдет необходимым для обследования и лечения ПАЦИЕНТА с согласия РОДИТЕЛЯ с оплатой за счет РОДИТЕЛЯ

2.2.3. Требовать у РОДИТЕЛЯ сведения и документы (в случаях предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимые для эффективного лечения.

2.2.4. Отказать в приеме ПАЦИЕНТА в случае:

- когда требуемые услуги не входят в план лечения.
- если у ПАЦИЕНТА или РОДИТЕЛЯ имеются противопоказания к лечению, угрожающие его жизни и здоровью (заболевания, при которых невозможно оказать помощь амбулаторно, алкогольное, наркотическое или токсическое опьянения);
- когда действия ПАЦИЕНТА или РОДИТЕЛЯ угрожают жизни и здоровью персонала.
- когда РОДИТЕЛЬ или ПАЦИЕНТ опоздал более чем на 20% забронированного времени визита;
- в иных случаях, установленных законодательством и настоящим договором.

2.3. ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:

2.3.1. Записаться на прием к врачу и забронировать время визита.

2.3.2. Являться на прием за 10 (десять) минут до назначенного времени визита.

2.3.3. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.4. Сообщить врачу лично или через РОДИТЕЛЯ достоверные сведения о перенесенных или имеющихся у него заболеваниях, могущих оказать влияние на результаты и ход лечения. В случаях не сообщения ПАЦИЕНТОМ или РОДИТЕЛЕМ указанных сведений ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе отказать в предоставлении услуг по настоящему договору.

2.3.5. Немедленно извещать ИСПОЛНИТЕЛЯ о всяких осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе или после лечения ПАЦИЕНТА.

2.3.6. Предупредить врача лично или через РОДИТЕЛЯ по телефону 261-97-19 о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа до времени визита.

2.3.7. Проходить бесплатный профилактический осмотр после проведенного лечения 1 раз в 6 месяцев, если иной срок не установлен в медицинской карте.

2.4. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных стоматологических услуг.

2.4.2. Получить соответствующий вид и объем 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 (по полису ОМС). РОДИТЕЛЬ подтверждает, что уведомлен о том, что оказываемые стоматологические услуги по настоящему договору не предусмотрены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и может быть оказана только за плату.

2.4.3. Направить обращение (жалобу) в органы государственной власти в письменной форме по почтовому адресу или адресу электронной почты (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения по Воронежской области, адрес: 394018, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 9-го Января, д. 36, адрес электронной почты: info@reg36.roszdravnadzor.gov.ru, сайт: <https://36reg.roszdravnadzor.ru/about/reform/prevention>, номер телефона приемной: (473) 276-53-99, Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Воронежской области, адрес: 394038, г. Воронеж, ул. Космонавтов, 21а, электронная почта: ty@rpn.vrn.ru, сайт: <https://36.rospotrebnadzor.ru/>, телефон: +7 (473) 263-77-27).

2.5. РОДИТЕЛЬ ПОДТВЕРЖДАЕТ:

2.5.1. РОДИТЕЛЬ подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи при лечении ПАЦИЕНТА.

2.5.2. РОДИТЕЛЬ подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения ПАЦИЕНТА в медицинских организациях.

2.5.3. РОДИТЕЛЬ подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу ПАЦИЕНТУ), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ПЛАТЕЖЕЙ.

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом цен (в российских рублях).

3.2. РОДИТЕЛЬ осуществляет оплату стоимости услуг по прейскуранту по окончании каждого визита.

3.3. Оплата Услуг может осуществляться в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость Услуги может быть изменена ИСПОЛНИТЕЛЕМ в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, о чем ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан предупредить РОДИТЕЛЯ до начала выполнения дополнительных работ.

3.5. В случае неоплаты РОДИТЕЛЕМ стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать ПАЦИЕНТУ в оказании Услуги до оплаты последних стоимости.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за качество оказанных услуг.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ПАЦИЕНТОМ или его РОДИТЕЛЕМ в случае:

4.2.1. Возникновения осложнений по вине ПАЦИЕНТА или его РОДИТЕЛЯ: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и др.

4.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

4.2.3. Возникновения осложнений, наступивших в результате лечения зубов, ранее леченных в другом лечебном учреждении у другого врача.

4.2.4. Возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, указанных в п.2.3.4 настоящего договора, сведения о которых не были сообщены ИСПОЛНИТЕЛЮ.

4.2.5. Прекращения лечения по инициативе ПАЦИЕНТА или его РОДИТЕЛЯ.

4.3. Претензии к эстетике реставрации (пломбы, виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) после фиксации работы в полости рта и оплаты не принимаются.

4.4. ПАЦИЕНТ или его РОДИТЕЛЬ несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату медицинских услуг.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. Все возможные споры, которые возникают в связи с настоящим Договором, стороны будут решать путем переговоров.

5.2. При невозможности достигнуть согласия сторон споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и заканчивается по выполнению договорных обязательств. Стороны приступают к исполнению обязательств по договору «_____» _____ 20__ г.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон в установленном законом порядке.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. В соответствии с условиями настоящего договора ПАЦИЕНТ дает разрешение Исполнителю делать видеозапись, фотографии, связанные с лечением и использовать их для лечебных, научных и образовательных целей.

7.2. ПАЦИЕНТ дает свое согласие на получение информации (рекламной информации, рассылки) в любой форме (по телефону, почтой и т.д.) от ИСПОЛНИТЕЛЯ.

7.3. Стороны пришли к соглашению о том, что при подписании настоящего договора, а так же всех приложений, изменений и дополнений к нему допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи), которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица.

7.4. Договор составлен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон. Медицинская карта ПАЦИЕНТА хранится у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ОГРНИП ИП Черных А. А. 322366800004677 выдан
ИНН МИФНС России №12 по ВО 860322516336
Юр. адрес: Г. Воронеж, Московский пр-кт, д. 112, кв. 456
Факт. адрес: 94068, г. Воронеж, Проспект Московский, 114, офис 1
(осуществления лицензируемого вида деятельности)
Телефон: 2-619-719
ИП Черных А.А.
Подпись:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О.:
Год рождения:
Адрес:
Паспортные данные: Серия №
Кем выдан:
Дата выдачи:

Подпись: