ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г.Сочи «_____» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология Нано Дент», действующее под коммерческим наименованием «Клинка доктора Иванова», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующий на основании лицензии № Л041-01126-23/00632507 от «19» 12 2022 г. (при осуществлении доврачебной медицинской помощи по ……., сестринскому делу, стоматологии; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т.ч.: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, выданной Министерством Здравоохранения ……., расположенного по адресу: г. Сочи, ул. Московская, д. 22, тел. 8 (9384888238), в лице главного врача (генерального директора) Шахбазян Н.С. , действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Стоматология Нано Дент» в соответствии с ППРФ от 11 мая 2023г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями и/или желанием Пациента, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе о необходимости соблюдений рекомендаций и лечебно-охранительного режима, получает его Информированное добровольное согласие (Приложение к настоящему договору), вместе с Пациентом составляет План лечения (Приложения к настоящему договору). Перед подписанием настоящего договора Пациент получил информацию о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующих платных медицинских услуг (профессиональном образовании и квалификации).

2.3. После предоставления Пациенту информации, указанной в п. 2.2. настоящего договора, и подписания Пациентом Информированного добровольного согласия(ий), стороны заключают настоящий Договор, затем Пациенту проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Планом лечения.

2.4 Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия и графика работы врача и указывается в Плане лечения.

2.5. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг указываются в Плане лечения.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и пожеланиями Пациента, согласованными в информированном добровольном согласии и других приложениях к настоящему договору.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. После информирования Пациента о возможности и сроках ожидания получения медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемом без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предоставить подробную информацию о предоставляемых медицинских услугах в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", плане и стоимости лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать об этом Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия.

3.2 **Пациент обязан:**

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации, выполнять назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведений о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за ротовой полостью после проведения процедуры, в том числе указанные в Памятке пациента, являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, на контрольные и профилактические осмотры.

3.2.2. После предоставления ему информации, указанной в п. 3.1.3, ознакомиться и подписать Информированные согласия на оказание медицинских услуг, План лечения и другие Приложения к настоящему договору, Медицинскую карту пациента, ознакомиться с Положением о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских услуг.
3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.
3.2.4. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача Исполнителя.
3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.
3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, в том числе неявке на планируемый прием в течение одного месяца без уважительных причин, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные затраты исполнителя.
3.2.7. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки выполненных услуг.
3.2.8. Оплатить стоимость оказанных стоматологических услуг в соответствие с разделом 4 настоящего договора.
3.3 **Исполнитель имеет право**:
3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения с согласия пациента.
3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, включая рентгенологические и другие необходимые диагностические мероприятия, которые осуществляются за отдельную плату.
3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах.
3.4 **Пациент имеет право**:
3.4.1. Требовать информацию о результатах проводимого лечения, своем состоянии здоровья, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
3.4.2. По письменному заявлению, получать бесплатно копии и выписки из медицинской документации, отражающих 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.
3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных последним услуг.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг кассиру-регистратору, который выдает кассовый чек на руки Пациенту в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг.
4.2. Стоимость медицинских услуг согласуется с Пациентом при составлении Плана лечения. С согласия Пациента производится 100% предоплата оказанных услуг, либо оплата после фактического оказания услуги в размере ее 100% стоимости в соответствии с Планом лечения, если иное не предусмотрено Планом лечения.
4.3. В процессе лечения могут выявляться непрогнозируемые скрытые патологии, обнаруживаемые после начала лечения и требующие обязательного изменения Плана лечения, в результате чего, по согласованию с Пациентом, избирается новый План лечения, при этом общая стоимость лечения, с согласия Пациента, может изменяться. Окончательные взаиморасчеты проводятся по фактическому объему оказанных пациенту услуг.
4.4. При неоплате пациентом стоимости оказанных медицинских услуг, за каждый день просрочки с момента полного выполнения Исполнителем медицинских услуг, Пациент оплачивает пени в размере 0,5% стоимости неоплаченных медицинских услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
5.2. Стороны договорились о том, что медицинские услуги оказаны качественно при соответствии оказанных медицинских услуг современным требованиям об их необходимом уровне и объеме при данном виде лечения, оказанных в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых для оказания услуг материалов, инструментов и оборудования.

6. Порядок разрешения споров

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, заявление (жалоба, претензия) Пациента рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, при необходимости, с привлечением сторонних специалистов. Жалобу (претензию) пациент может направить на электронную почту клиники:Nanodent00@mail.ru
6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.
6.3. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1.Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами и отражаются в медицинской карте.

7.2. До заключения настоящего договора, Пациент информирован(а) о необходимости соблюдения рекомендаций врача, в том числе о том, что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья и эстетическом результате медицинских услуг. Пациент уведомлен о необходимости соблюдения режима, в том числе определенного на период его временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в медицинской организации.

7.3. Подписывая настоящий договор, пациент дает согласие на хранение (в бумажном виде или в системе электронной медицинской документации с использованием стороннего программного обеспечения с использованием облачных хранилищ), уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных на неопределенный срок (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152— ФЗ от 27.07.2006г.) в целях и объемах, необходимых для реализации настоящего договора, в том числе на открытую видеосъемку в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установки видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

7.4. Все приложения, указанные в настоящем договоре, в том числе перечисленные в п. 3.2.2 настоящего договора, рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

8. Срок действия договора

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору в момент подписания Акта выполненных работ по завершению выполнения Плана лечения.

9. Реквизиты сторон

Общество с ограниченной ответственностью Стоматология Нано Дент (ООО «Стоматология Нано Дент ») Юр. адрес: г.Сочи, ул.Московска , д.22, помещ. 42/10,62 ИНН: 2366035224	«ПАЦЕНТ»_____ паспорт серии _____ № _____ выдан _____ «____» _____ 200 ___г. Моб. тел.:
«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____ Подпись	«ПАЦИЕНТ» _____ ФИО полностью, подпись