***Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг***

***г. Санкт - Петербург «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.***

 **Общество с Ограниченной Ответственностью «Клиника Доброго Стоматолога»,** расположенное по адресу: 197348, г. Санкт-Петербург, Коломяжский проспект, дом 20, действующее в соответствии с Лицензией **№ ЛО41-01148-78/00310549 от 06 декабря 2016 года** выданной бессрочно Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга, на медицинскую деятельность при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; в лице генерального директора Агаджаняна Эмиля Гургеновича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны,

 и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

имеющий номер телефона: +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **далее именуемый «Пациент» в случае непосредственного получения медицинских услуг либо являющийся «Заказчиком» и/или законным представителем Пациента, который будет получать услуги по настоящему договору: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

имеющего номер телефона: +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

далее совместно именуемые «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет**
	1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские (стоматологические) услуги Пациенту.
	2. Пациент проходит осмотр врача специалиста (получает консультацию), на основании данных которого, стороны согласуют План обследования/лечения, являющийся неотъемлемой частью договора (Приложение), в котором отражены Перечень, сроки предоставления и стоимость медицинских услуг. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
2. **Права и обязанности**
	1. **Исполнитель обязуется:**
		1. Оказывать стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом, с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования.
		2. Вести записи в медицинской документации как от руки, так и в электронном виде с последующим созданием печатного документа, заносимого в медицинскую карту.
		3. Предоставить Пациенту всю необходимую информацию об оказываемых медицинских услугах.
		4. Поставить в известность Пациента о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг, изменению сроков лечения, возникновению непредвиденных реакций, возможным осложнениям при лечении и отразить данную информацию в медицинской карте Пациента.
	2. **Исполнитель имеет право:**
		1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с методами лечения, анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, видеозаписей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет необходимыми для планирования и осуществления лечения Пациента.
		2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день вмешательства, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма; по причине болезни лечащего врача, непредвиденных задержек при приеме других пациентов, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.
		3. Заменить лечащего врача по личной просьбе Пациента, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость и других).
		4. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг, врачебных рекомендаций. При необходимости, внести обоснованные изменения в согласованный план лечения. При изменении клинической ситуации и или/и по причине невыполнения Пациентом рекомендаций врача, в том числе пропуска Пациентом запланированных визитов, изменить с согласия Пациента план или/и сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор, если непринятие таких изменений либо невыполнение врачебных рекомендаций будет грозить конечному результату лечения.
		5. Не предоставлять услуги, которые не входят в план лечения, составленный лечащим врачом и согласованный с Пациентом.
		6. Запрашивать у Пациента сведения и предоставление документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения; в случае непредставления Пациентом документов Исполнитель имеет право приостановить исполнение обязательств по договору, до получения необходимой информации, предварительно проинформировав об этом Пациента.
		7. Отступить от запланированного графика приема (переназначить/отменить прием) Пациента (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:
* если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение; в том числе, если по медицинским показаниям, состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;
* если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или (и) других Пациентов клиники;
* опоздания Пациента на прием более 15 минут;
* возникновения непредвиденных объективных причин, в том числе при лечении других Пациентов.
	+ 1. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае отказа подписать договор или предоставить паспортные данные с указанием места жительства для заполнения медицинской карты; при отказе от подписания других необходимых документов или предоставления сведений (информированных добровольных согласий, анкет сбора анамнеза, планов обследования/лечения дополнительных соглашений и других), предусмотренных законом; в случае неисполнения Пациентом обязательств по оплате лечения; при нарушении локальных актов Исполнителя, регламентирующих порядок пребывания в клинике и получения медицинских услуг, в случае если допущенные нарушения грозят достижению желаемого результата лечения.
	1. **Обязанности Пациента:**
		1. Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов в клинику, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Самостоятельно обратиться к администратору клиники для согласования времени и даты, рекомендованного врачом, приема.
		2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги, путём заполнения предложенной Исполнителем анкеты и при устном опросе специалистом Исполнителя.
		3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя по телефону (812)301-10-40 о невозможности явки на прием.
		4. Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий. Соблюдать рекомендации врача до, во время и после лечения, в том числе, режимы гигиены, питания и ухода за зубами и ротовой полостью.
		5. Немедленно известить врача о любых изменениях состояния здоровья, осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения и после лечения, включая обращение/госпитализацию в другую медицинскую организацию.
		6. Удостоверять личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и планом лечения, сроками оказания и стоимостью услуг, отсутствия претензий к результатам лечения, промежуточным результатам лечения, информированными согласиями на медицинские вмешательства, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора, отказ от выполнения вмешательств в соответствии с требованиями действующего законодательства, факт приема оказанных услуг, а также со всеми необходимыми врачебными назначениями и рекомендациями.
		7. Своевременно оплачивать стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с настоящим договором и действующим прейскурантом. Ознакомиться с действующим прейскурантом.
		8. Ознакомиться и вести себя строго в соответствии с правилами внутреннего распорядка для Пациентов медицинской организации ООО «Клиника Доброго Стоматолога» и указаниями сотрудников Исполнителя.
		9. Ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги.
	2. **Права Пациента:**
		1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими Пациентами.
		2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.
		3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.
		4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).
1. **Расчеты**
	1. Стоимость услуги определяется Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оплаты.
	2. Прейскурант находится в свободном доступе на официальном сайте Исполнителя, а также на стойке ресепшен клиники. Пациент имеет право ознакомиться с Прейскурантом самостоятельно либо в любой момент запросить интересующую его информацию о стоимости услуг непосредственно у Исполнителя.
	3. Если иное не предусмотрено договором, то Пациент оплачивает оказанную ему услугу посредством наличных или безналичных расчетов по стоимости, указанной в Прейскуранте, непосредственно после ее оказания.
	4. Подписью в настоящем договоре Пациент подтверждает, что он ознакомлен и согласен с тем, что указанная в плане лечения стоимость является действующей на момент составления плана и в дальнейшем она может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке в случае утверждения Прейскуранта в новой редакции.
	5. Стоимость своевременно оплаченной по действующему Прейскуранту услуги изменению не подлежит.
	6. При проведении имплантации, ортопедического лечения, Пациент оплачивает в кассу аванс в размере 60% от стоимости лечения в течение одного рабочего дня после выставления счета; при проведении операции синус-лифтинга, операции костной пластики услуги оплачиваются в размере 100% предоплаты. При проведении ортодонтического лечения, Пациент оплачивает в кассу стоимость брекет-системы и ее установку; в дальнейшем оплата активации брекет-системы: установка дуг и другие манипуляции производятся дополнительно за каждое посещение по прейскуранту. Стоимость стоматологических услуг в области ортодонтии, имплантации и ортопедии не включает стоимость услуг врачей других специальностей и проведение рентгенодиагностики зубочелюстной системы, профессиональную чистку зубов, расходы на приобретение предметов гигиены (специальных зубных щеток и проч.), которые тарифицируются отдельно согласно действующему прейскуранту.
	7. Остаточную сумму Пациент обязан внести не позднее дня приемки услуг Исполнителя по завершении этапа лечения (части услуги), до окончательной фиксации конструкции в полости рта Пациента.
	8. ***При нарушении Пациентом обязательств по своевременной явке на прием Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении согласованных ранее скидок, а также установить обязанность по внесению Пациентом предоплаты в размере 100 % стоимости оказываемых по настоящему договору услуг. В случае последующей неявки на прием Исполнитель имеет право удержать у Пациента 10 000 рублей в счет неустойки за каждый факт неявки. Стороны договорились, что надлежащими доказательствами согласования даты приема могут являться записи в соответствующем программном обеспечении Исполнителя и/или записи в медицинской карте Пациента, а также иные средства доказывания (запись телефонных разговоров, переписка по электронной почте или в мессенджерах и т.п.).***
2. **Сроки**
	1. Договор действует с момента подписания и до его прекращения по основаниям, предусмотренным законодательством РФ или самим договором.
	2. Примерный срок предоставления согласованных сторонами медицинских услуг указан в Плане лечения. Стороны допускают, что срок оказания услуг может варьироваться исходя из состояния здоровья Пациента, тяжести патологического процесса (заболевания), индивидуальных особенностей Пациента, непрогнозируемых реакций организма. Также срок, согласованный сторонами, может быть продлён на соответствующее количество дней в случаях:
* временной приостановки лечения Пациентом на количество дней необходимых для выполнения плана лечения;
* необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;
* объективной необходимости изменения намеченного и согласованного сторонами плана лечения, влекущего изменение объёма оказываемых услуг;
* невозможности осуществления (продолжения) лечения, по причине обнаружения у Пациента устранимых медицинских противопоказаний.
	1. При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии или индивидуальных особенностей, достижение полного излечения при наличии которых невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, продолжение обследования/лечения дополнительно согласуется сторонами.
	2. Сроки ожидания платных медицинских услуг, не обусловленные медицинскими показаниями, составляют как правило не более одного месяца с момента обращения.
1. **Изменение и расторжение договора**
	1. Договор может быть изменен по согласованию сторон путем подписания дополнительного соглашения или новой редакции договора.
	2. Договор прекращает свое действие в случае исполнения обязательств сторонами, при его расторжении, а также в случае отказа от договора одной из сторон.
	3. Пациент имеет право отказаться от договора, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. Стоимость уже оказанных до момента расторжения услуг возврату не подлежит. Оплата услуг Исполнителя по протезированию зубов, в случае отказа Пациента на этапе изготовленного протеза, производится в размере 70% от стоимости лечения; если отказ Пациента происходит на этапе изготовления протеза, производится оплата 60% от стоимости лечения. Оплата услуг Исполнителя по ортодонтическому лечению, в случае отказа Пациента на этапе изготовления ортодонтических конструкций в лаборатории, производится в размере 50% от стоимости лечения.
	4. Исполнитель имеет право отказаться от договора в случае отсутствия у него возможности оказать медицинские услуги Пациенту, в том числе по причине наличия медицинских противопоказаний к лечению, при невыполнении Пациентом врачебных рекомендаций, несоблюдении Пациентом локальных актов Исполнителя, регламентирующих порядок пребывания в клинике и получения медицинских услуг, а также при нарушении сроков и порядка оплаты.
	5. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.
2. **Прочие условия**
	1. Пациент дает согласие на обработку персональных данных (в том числе биометрических данных) полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора; с целью исполнения настоящего договора и осуществления коммуникации с Пациентом; на срок необходимый для исполнения настоящего договора и на установленный законом срок хранения первичных медицинских документов, включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение. Перечень включает персональные данные, переданные Пациентом для исполнения настоящего договора, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, и другие. Хранение и обработка информации о состоянии Пациента осуществляется исключительно в целях реализации его права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной (Определение Конституционного Суда РФ от 16.07.2013 N 1176-О).

Пациент также вправе определить круг лиц, которым можно передавать информацию составляющую врачебную тайну.

* 1. Пациент согласен на проведение контрольных фотоснимков, видео фиксации до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов и проведения контроля качества оказания медицинских услуг; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, видеозаписей, моделей и т.д., для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных или научных целях, рекламных публикациях, на стоматологических обществах и т.д., при условии (ненужное вычеркнуть): анонимности / другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	2. Пациент согласен на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования специалистам в области стоматологии, другим врачам Пациента, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных комиссий и врачебно-контрольных комиссий, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе экспертному совету Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга, компаниям, оказывающим юридические услуги Исполнителю, а также сотрудникам страховых компаний, сотрудничающих с Исполнителем, при наличии страхового полиса.
	3. Сведения о выбранных Пациентом лицах, которым может быть передана информация **о состоянии его здоровья**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Лица или круг лиц, которым можно сообщать **о факте посещения** медицинской организации Исполнителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

* 1. Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения **об объеме и стоимости** лечения по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

* 1. Пациент предоставляет Исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора (в том числе кассовых чеков), а также сообщать информацию о работе клиники, акциях и предложениях sms-сообщениями по телефону и на электронный адрес Пациента, указанные в реквизитах договора. В случае, если Пациент против, то необходимо поставить отметку после соответствующих предложений (предложения) – возражаю получать информацию по электронной почте\_\_\_\_; возражаю получать информацию по СМС \_\_.
	2. Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео и аудио данных, а так же запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.
	3. Пациент согласен получать результаты проведенных исследований по электронной почте. Информация направляется в течение 3-х (Трёх) рабочих дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя, указанного в реквизитах договора, на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах договора. В случае, если Пациент против, то необходимо поставить отметку здесь \_\_.
	4. В случае, если в реквизитах договора не указан адрес электронной почты Пациента или указан неразборчиво, результаты исследований выдаются строго на руки Пациенту. Пациент в любое время имеет право отказаться от получения рекламных сообщений об услугах, акциях, иной информационной рассылки Исполнителя, отправленной на адрес электронной почты Пациента, путем направления Исполнителю письменного требования о прекращении распространения рассылки в адрес Пациента, либо отписаться от рассылки непосредственно в письме информационного сообщения.
	5. Исполнитель обязан немедленно прекратить распространение информационной рассылки в адрес лица, обратившегося к нему с таким требованием.
1. **Дополнительные условия**
	1. Поскольку медицинские услуги носят нематериальный характер, то в случае наличие спора об объемах оказанных услуг стороны договорились считать надлежащим доказательством отраженные в медицинской карте Пациента сведения, в частности, дневниковые записи.
	2. Пациенту предоставлена в доступной форме информация 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.
	3. В случае если непосредственно во время оказания медицинских услуг возникнут непредвиденные обстоятельства, меняющие согласованный план лечения (например - обнаружение пульпита при лечении кариеса зуба), то Пациент согласен с тем, что лечащий врач в интересах Пациента доведет об этом информацию до находящегося в стоматологическом кресле Пациента в устной форме и получит согласие на изменение плана от Пациента кивком головы либо в иной доступной форме, позволяющей определить волеизъявление Пациента. В такой ситуации Пациент после получения медицинских услуг обязуется подписать информированное добровольное согласие на проведенное вмешательство, а также осуществить взаиморасчеты с Исполнителем исходя из такого изменения.
	4. Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения социального вычета за медицинские услуги, ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет. В случае подачи Пациентом заявления в орган Федеральной налоговой службы (орган ФНС) на получение социального вычета за медицинские услуги, Пациент согласен на предоставление Исполнителем, по запросу органа ФНС, документов, содержащих врачебную тайну: акт оказанных услуг, выписной эпикриз, справку об оплате медицинских услуг и других.
	5. Пациент должен осознавать, что при оказании услуг Исполнителем, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических и физиологических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностей повреждений систем и органов, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.
	6. Пациент подписанием настоящего договора подтверждает предоставление ему полной информации об Исполнителе, сведений о режиме работы Исполнителя, перечне предоставляемых Исполнителем услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации специалистов Исполнителя и иной информации, обеспечивающей возможность правильного и осознанного выбора, а также уведомление о том, что оплаченные денежные средства не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
	7. Пациент проинформирован, что при нахождении на лечении он обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.
2. **Порядок выдачи медицинских документов**
	1. Документы, подтверждающие постановку диагноза, выбор тактики лечения, объем и сроки проведенного лечения, хронологию лечения, а также анкеты Пациента, информированные добровольные согласия Пациента (законного представителя) на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и иные медицинские документы, относящиеся к оформлению услуг по настоящему договору, хранятся у Исполнителя.
	2. Пациент вправе получить отражающие состояние его здоровья медицинские документы (их копии) или выписки, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
	3. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Пациент представляет запрос на бумажном носителе либо запрос, сформированный в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)", единой системы идентификации и аутентификации, федеральных и региональных информационных систем в сфере здравоохранения.
	4. Форма запроса, включающая предусмотренные законом реквизиты, может быть предоставлена Пациенту при соответствующем обращении к Исполнителю.
	5. Пациент проинформирован, что в силу требований действующего законодательства ряд документов может быть предоставлен только в виде копий.
3. **Гарантии**
	1. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги. Исполнитель гарантирует сохранение достигнутого результата лечения в течение срока службы. Эффективное и безопасное использования результатов стоматологических услуг по истечении гарантийного срока/срока службы возможно и может быть определено на контрольных осмотрах. Исполнитель гарантирует применение современных способов лечения, но не может гарантировать полного излечения Пациента. Гарантия на неоконченное лечение не предоставляется.
	2. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения Пациента при условии выполнения Пациентом всех рекомендаций врача и обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев.
	3. В отношении услуг, на которые установлен гарантийный срок, исполнитель не отвечает за их недостатки, если они возникли вследствие: нарушения им правил использования результата услуг; невыполнения рекомендаций Исполнителя; при неудовлетворительной гигиене полости рта Пациента; в случае выявления или возникновения в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов и/или изменений физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных средств, вредные внешние воздействия и проч.), которые могут приводить к изменению в зубочелюстном аппарате и окружающих тканях; действий третьих лиц (переделки и исправления проведенного лечения в другом лечебном учреждении, без согласования с врачом Исполнителя), а также ремонта и исправления самим Пациентом, или в результате внешних травмирующих воздействий. В случае невыполнения рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, гарантия на выполненные работы не распространяется, дальнейшая коррекция (в том числе замена) будет проводиться за счет денежных средств Пациента.
4. **Ответственность**
	1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, правил использования медицинского оборудования, ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.
	2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:
* возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания проблем биологического характера и негативных последствий, указанных в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий, таких как: рецидивов периодонтитов, прогрессирования пародонтита и эндодонтической патологии, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и кожи лица; заживление ран, развитие гноеродных и негноеродных инфекционных осложнений; отторжение имплантатов, костного блока, костного материала; отек тканей; болевые ощущения; индивидуальной непереносимости и/или патологической токсической реакции на лекарственные препараты, выявившейся в процессе оказания услуги, возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии; осложнений, возникших вследствие несоблюдения назначений, условий, правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии; и других:
* осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;
* осложнений по причине невыполнения Пациентом рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача; невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе вне клиники Исполнителя;
* отказа Пациента от лечения (как лечения в целом, так и отдельных этапов лечения), отказа от дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики и лечения возможных осложнений;
* наступления осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения;
* осложнений, возникших по причине сокрытия Пациентом информации о наличия у Пациента заболеваний, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения;
* осложнений, возникших по причине сокрытия Пациентом информации о прохождении лечения в другом лечебном учреждении, самолечения Пациентом.

Настоящие положения об освобождении Исполнителя от ответственности распространяются также на случаи, когда прерывание лечения происходит по причинам, связанным с нарушением Пациентом условий по настоящему договору, в связи с чем Исполнитель приостанавливает или прекращает дальнейшее оказание медицинских услуг Пациенту.

* 1. За невыполнение обязанности по оплате услуг Пациент несёт ответственность в форме штрафной неустойки (пени) в размере 1 (одного) процента от подлежащей оплате суммы за каждый день просрочки.
	2. При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения при наличии которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, продолжение обследования/лечения дополнительно согласуется Сторонами.
	3. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора, при расторжении Договора, Пациент оплачивает по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы; при наличии предоплаты Исполнитель, в течение десяти рабочих дней осуществляет возврат денежных средств, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов и стоимости оказанных услуг.
	4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, если это явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы или обстоятельств, находящихся вне разумного контроля сторон, в частности: стихийных бедствий, пандемий, военных действий, террористических актов, беспорядков, пожаров, аварий, непредвиденных отключений воды или электричества, забастовок и локаутов, замедлений работы, занятий предприятий или их помещений, остановок в работе, происходящих на предприятии стороны, которая просит об освобождении от ответственности, актов государственной власти, делающих невозможной или существенно затрудняющих деятельность сторон и других чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 15 дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.
1. **Прочие условия**
	1. В случае опубликования Пациентом, в том числе анонимно, в СМИ или в сети Интернет недостоверных сведений, касающихся оказания медицинских услуг Исполнителем, Пациент предоставляет Исполнителю право опубликовать в том же или ином источнике опровержение, содержащее сведения составляющие врачебную тайну и персональные данные, включая фото и/или видео изображения.
	2. Стороны допускают при заключении и подписании настоящего договора использование Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи - постановки штампа-факсимиле и признают равную юридическую силу за Исполнителем собственноручной и факсимильной подписи.
	3. Документация, оформляющая оказание услуг по настоящему договору, хранится у Исполнителя.
	4. Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и заказчика и отсутствия у заказчика статуса законного представителя Пациента, договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у заказчика.
	5. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем переговоров.
	6. Обязанности Исполнителя по оказанию услуг являются встречными к обязательствам Пациента либо заказчика по их оплате.
	7. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
2. **Реквизиты**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****ООО «Клиника Доброго Стоматолога»**Адрес: 197348, г. Санкт-Петербург,Коломяжский пр., д. 20, тел.301-10-40 ОГРН 2057810385180ИНН/ КПП 7814316422/781401001Р/с 407 028 103 550701 830 15 К/с 301 018 105 000 000 006 53Юридический адрес: 197348, г. Санкт-Петербург,Коломяжский пр. д. 20 , тел .301-10-40Время работы: с 9 до 21 часа (без обеда и выходных)Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Агаджанян Э.Г./ подпись ФИОМ.П. | **Пациент:**ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт (Свидетельство о рождении): серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /  подпись ФИО**Заказчик (законный представитель):** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ /  подпись ФИО |