

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
На оказание платных медицинских услуг

г. Мурманск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дента Лайн», зарегистрированное инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Мурманску, свидетельство о государственной регистрации сер. 51 № 001563757 от 29 мая 2008г., ОГРН 1085190007429, действующее в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-51-01-001314 от 27.05.2015г. (виды работ(услуг): *при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической*), выданной Министерством здравоохранения Мурманской области (г. Мурманск, пр.Кольский, дом 1, тел.: 486-096), в лице Генерального директора Масловой Светланы Игоревны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Клиника, с одной стороны, и гражданин (гражданка)

\_\_\_\_\_  
*Фамилия Имя Отчество*

(удостоверение личности) \_\_\_\_\_,

дата рождения (число/месяц/год) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., проживающий(ая) по адресу

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, оба вместе и каждый в отдельности именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

### **1. Предмет Договора**

- 1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту платные медицинские (стоматологические) услуги, в соответствии с прейскурантом, утвержденным в Клинике, а Пациент обязуется оплатить эти услуги.
- 1.2. Предварительный план лечения, разработанный врачом после осмотра полости рта Пациента и проведения необходимых исследований, будет внесен в медицинскую карту врачом и письменно согласован с Пациентом. Пациент предупрежден и согласен с тем, что врач вправе по медицинским показаниям вносить в предварительный план лечения изменения и дополнения.

### **2. Стоимость, сроки и порядок оплаты медицинских услуг**

- 2.1. До подписания настоящего Договора Пациент ознакомился с прейскурантом на стоматологические услуги Клиники.
- 2.2. Оплата услуг осуществляется в соответствии с действующим на момент оказания услуг прейскурантом, утвержденным в Клинике, наличными денежными средствами или безналичным путем через банковский терминал. По факту оплаты Пациенту выдается кассовый чек.
- 2.3. Все услуги Клиники, за исключением ортопедических, оплачиваются непосредственно после их оказания при каждом посещении (в тот же день).
- 2.4. Ортопедические услуги оказываются при внесении предоплаты в размере от 50% до 80% от стоимости услуг в день снятия слепков, оставшаяся стоимость услуг оплачивается в день сдачи работы.

### **3. Права и обязанности Сторон**

#### **3.1. Клиника обязуется:**

- 3.1.1. Предоставлять стоматологические услуги, соответствующие стандартам качества их исполнения.
- 3.1.2. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, с соблюдением предъявляемых им требований. Использовать указанные методы в строгом соответствии с медицинскими показаниями для Пациента.
- 3.1.3. Обеспечивать выполнение услуг в срок, оговоренный с Пациентом.

#### **3.2. Клиника вправе:**

- 3.2.1. Переназначить опоздавшего, более чем на 10 минут, Пациента на другой день, при отсутствии свободного времени у врача.
- 3.2.2. Отказать в оказании услуги при наличии у Пациента противопоказаний.
- 3.2.3. При предоставлении стоматологических услуг получать согласие Пациента.
- 3.2.4. Требовать от Пациента выполнения рекомендаций, обеспечивающих качественное предоставление стоматологических услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

#### **3.3 Пациент обязуется:**

- 3.3.1. Неукоснительно выполнять требования врачей и среднего медицинского персонала.
- 3.3.2. Предоставлять все необходимые сведения для планирования и качественного исполнения стоматологических услуг.

3.3.3. Подтверждать в амбулаторной медицинской карте личной подписью, подписью одного из родителей, близких родственников или опекунов:

- а) то, что он ознакомлен и согласен с условиями настоящего договора и прейскурантом Клиники;
- б) то, что он предупрежден о причинах возможного снижения качества предоставляемой услуги при несоблюдении требований и рекомендаций лечащего врача;
- в) получение стоматологической услуги;
- г) принятие на себя ответственности за результаты услуги, оказываемой по настоянию Пациента, перед оказанием услуги (без каких либо гарантий качества оказанной стоматологической услуги со стороны Клиники).

3.3.4. Своевременно оплачивать стоматологические услуги, предоставленные специалистами Клиники, в соответствии с прейскурантом, действующем на момент оказания услуги.

3.3.5. Своевременно являться на прием, в случае болезни или иной уважительной причины предупреждать дежурного администратора о неявке не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени. В случае опоздания, более чем на 10 минут, Пациент теряет право на обслуживание в этот час и (или) день (в этом случае оказание услуги осуществляется в случае возможности/незанятости персонала Клиники другими пациентами).

#### 3.4. Пациент вправе:

3.4.1. При возникновении претензий или разногласий с врачом обращаться к руководителю Клиники

3.4.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а так же о квалификации и сертификации специалистов.

3.4.3. Требовать от Клиники предоставления качественных платных услуг, сведений о наличии лицензии.

3.4.4. В случае несогласия с предлагаемым ему планом лечения привлекать в качестве консультантов других специалистов, работающих в Клинике.

3.4.5. При наличии обоснованных претензий к качеству предоставляемой услуги требовать от администрации Клиники уменьшения стоимости предоставленной услуги, исполнения ее другим специалистом, либо возмещения убытков (в размере стоимости услуги). Сроки возмещения оговариваются с руководством Клиники.

#### **4. Ответственность Сторон:**

4.1. Клиника несет ответственность за соблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ, а так же в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Клиника предоставляет гарантию на услуги согласно Приложению № 1 «Гарантия на услуги», которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

4.3. Клиника не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в случаях нарушении Пациентом пунктов 3.3.1-3.3.5 настоящего Договора.

4.4. Пациент несет ответственность за достоверность предоставленной информации, выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных услуг, за результат услуг, предоставленных по его настоянию.

4.5. Претензии и споры, возникшие между Пациентом и Клиникой, разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

#### **5 Условия изменения и расторжения договора.**

5.1. Договор может быть изменен или расторгнут по взаимному согласию Сторон.

5.2. Для этого одна из Сторон в письменной или устной форме должна заявить о своем желании изменить или расторгнуть Договор. При этом все обязательства по Договору должны быть выполнены.

5.3. Расторжение или изменение договора оформляется в письменной форме дополнительным соглашением к Договору.

#### **6. Дополнительные условия.**

6.1. Пациент дает согласие на следующие действия Клиники:

6.1.1. Делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые мероприятия, которые рекомендованы по медицинским показаниям.

6.2. Клиника вправе отказать Пациенту в предоставлении стоматологических услуг в случае отказа засвидетельствовать согласие с настоящим Договором личной подписью.

#### **7. Реквизиты и подписи Сторон**

##### **Клиника**

Общество с ограниченной ответственностью

«Дента Лайн»

ОГРН 1085190007429

ИНН 5190185476 КПП 519001001

183038 г. Мурманск, ул. К. Либкнехта 30а,

Тел./факс: 42-22-20, 42-84-34

р/сч. № 40702810641000001442

в Мурманском отделении №8627 ПАО «Сбербанк»

к/с 3010181030000000615, БИК 044705615

Генеральный директор

##### **Пациент**

\_\_\_\_\_  
*ФИО Пациента*

\_\_\_\_\_  
*Телефон Пациента*

\_\_\_\_\_  
*Подпись*

\_\_\_\_\_  
*Расшифровка*

\_\_\_\_\_  
Маслова С.И.

