**ДОГОВОР**

**возмездного оказания медицинских услуг**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. г. Омск №\_\_\_\_\_\_\_\_

## Общество с ограниченной ответственностью «ДИАСдент», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Генерального директора Ивановой Ирины Александровны, действующей на основании Устава и лицензии № ЛО-55-01-001221 от 07 ноября 2013 года, виды работ (услуг), оказываемых при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализируемой, медико-санитарной помощи следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, выданной Министерством здравоохранения Омской области, находящегося по адресу: г. Омск, ул. Красный Путь, 6 тел.8(3812)23-35-25, 8(3812)21-12-26, с одной стороны и гражданин (ка)

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## именуемый (ая) в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1**. Исполнитель** принимает на себя обязательства оказать **Потребителю** медицинские услуги, указанные в Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

**2. Стоимость и порядок расчетов.**

 2.1. Цены на Услуги, оказываемые **Исполнителем**, определяются прейскурантом на медицинские услуги, с которым **Потребитель** обязан ознакомиться при подписании настоящего договора.

 2.2. Стоимость Услуг определяется Планом лечения и является предварительной.

2.3. Оплата производится **Потребителем** поэтапно:

 1-ое посещение и последующие посещения оплачиваются по факту оказанных услуг.

Оплата ортопедического лечения производится поэтапно с оплатой 50% от общей суммы до начала протезирования.

2.4. Стоимость услуг может быть изменена **Исполнителем** вследствие инфляции, расширения объема услуг. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, выполнения работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия **Потребителя** с оплатой в соответствии с прейскурантом **Исполнителя.**

2.5. Оплата производится за наличный, так и безналичный расчет (путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**).

**3. Сроки исполнения обязательств.**

3.1. Сроки выполнения ортопедических работ определяются «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «ДИАСдент» и согласовываются с **Потребителем.**

3.2 Сроки проведения терапевтического, хирургического, ортодонтического лечения целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента и не могут быть заранее точно определены.

**4. Права и обязанности Исполнителя.**

4.1. **Исполнитель обязан:**

оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества, в срок, установленный Планом лечения;

предоставить **Потребителю** бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

получить информированное добровольное согласие **Потребителя** на медицинское вмешательство.

в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, предупредить об этом **Потребителя** и получить его согласие.

4.2. **Исполнитель имеет право:**

в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги – в этом случае стороны обязаны в 5-дневный срок рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицинских услуг по договору;

отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия **Потребителя** делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно:

а) нарушение плана лечения;

б) нарушение режима проводимых процедур;

в) невыполнение назначений лечащего врача;

г) нарушение диеты;

д) злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

**5. Права и обязанности Потребителя.**

5.1. **Потребитель обязан:**

соблюдать План лечения;

оплатить услуги **Исполнителя** в размере и в сроки, указанные в договоре;

информировать **Исполнителя** до начала оказания медицинской услуги о перенесенных и сопутствующих заболеваниях и осложнениях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях;

неукоснительно и точно выполнять назначения врача;

сообщить об изменении назначенной даты посещения врача не позднее, чем за 24 часа до неё;

5.2. **Потребитель имеет право:**

на предоставление информации о медицинской услуге;

ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг **Исполнителем**;

на получение информации о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах **Потребителя** может быть передана информация о его здоровье.

5.3. Расторгнуть настоящий договор в любое время, при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

**6. Информация о предоставляемой услуге.**

6.1. Оказываемая медицинская услуга представляет собой:

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

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

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

6.2. Медицинская услуга не оказывается, если у Заказчика имеются острые воспалительные заболевания.

6.3. Услугу оказывает врач стоматолог-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 врач стоматолог-ортопед\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 врач стоматолог-хирург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 врач стоматолог-ортодонт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 имеющий сертификат специалиста.

6.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги, **Потребитель** должен знать и осознавать вероятность, но не обязательность вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, способных причинить вред здоровью **Потребителю**.

6.5. В связи с тем, что вышеперечисленные в п.п. 6.6.1. и 6.6.2. побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма, и, используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить вероятность их наступления, **Исполнитель** не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга была оказана с соблюдением всех необходимых правил и требований.

6.6. В случае, если осложнения потребовали срочной медицинской помощи, **Исполнитель** оказывает такую помощь без дополнительной оплаты.

6.7. **Потребитель** подтверждает, что ознакомлен с «Правилами предоставления платных стоматологических услуг в ООО «ДИАСдент», «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «ДИАСдент».

 **7. Ответственность сторон.**

7.1. В случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи **Потребитель** имеет право на возмещение ущерба в соответствии с законодательством РФ

7.2. **Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения **Потребителем** своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.3. **Потребитель** обязан полностью возместить **Исполнителю** фактически понесенные расходы, если **Исполнитель** не смог оказать услуги или был вынужден прекратить её оказание по вине **Потребителя.**

**8. Прочие условия.**

8.1. Все споры и разногласия между сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ.

8.2. До обращения сторон в суд установлен обязательный претензионный порядок рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензий согласно законодательству РФ.

8.3. Для обращения в суд по поводу качества оказанных медицинских услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы качества медицинской помощи.

8.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств.

. 8.5 Подписывая настоящий договор, **Потребитель** дает свое согласие на осуществление **Исполнителем** фото и видеосъемки во время оказания услуг в целях контроля качества оказания услуг, и использование этих материалов в научных и учебных целях.

 8.6 Подписывая настоящий договор. **Потребитель** дает согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение и обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных **Исполнителем** в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на информирование **Потребителя** об услугах **Исполнителя** посредством телефонной и почтовой связи.

**9. Реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**Наименование: ООО «ДИАСдент»Адрес: 644121, г. Омск, ул. Марченко, 11ИНН 5501071298/ КПП 550501001 ОГРН 1035501007123, св-во выдано ИМНС РФ по САО от 28.03.2003г. 55№001510673Тел. (факс): (3812) 46-31-99**Генеральный директор** **Иванова И.А.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **Потребитель**Ф., И., О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Заказчик** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись |