

Договор № об оказании платных медицинских услуг

Составлен в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг и Законами «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации» и «О защите прав потребителей»

г. Екатеринбург

« ____ » _____ 20__ г.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 потребителя.

(Ф.И.О. физического лица)

Паспорт _____,

Зарегистрирован по адресу: _____

Телефон: _____ e-mail: _____

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», и ООО «**ЮТЭЛИ**», имеющее свидетельство о присвоении ОГРН 1036603159680 серия 66 №003462225 выданное ИМНС России по Железнодорожному району в г. Екатеринбург Свердловской области и лицензию № ЛО-66-01-005605 от 28.09.2018г., выданную Министерством здравоохранения Свердловской области на осуществление медицинской деятельности, в лице администратора клиники

_____ действующей на основании доверенности № _____ г., в дальнейшем «**Исполнитель**», далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги (далее – «Услуги»), а заказчик оплатить их в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- Соблюдать обязательства по срокам и условиям гарантии, и при возникновении гарантийного случая безвозмездно оказать услуги по устранению проблемы.
- Ознакомить ЗАКАЗЧИКА с вариантами лечения. Поставить в известность ЗАКАЗЧИКА о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг. В доступной для ЗАКАЗЧИКА форме предоставить информацию о состоянии зубов и полости рта, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предполагаемого лечения.
- Рекомендовать ЗАКАЗЧИКУ посещать клинику Исполнителя 1 раз в 3 месяца для планового профилактического осмотра; проводить профессиональную гигиену полости рта у стоматолога не реже 1 раза в 6 месяцев

2.2. Заказчик обязан:

- Оплатить предоставленные услуги по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Оплата производится наличными в кассу клиники либо безналичным перечислением денежных средств на указанный расчетный счет Исполнителя. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Заказчик подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного письменного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию пациента и согласованы с Заказчиком устно без предварительного составления письменного финансового плана лечения;

- Соблюдать правила нахождения в клинике Исполнителя, выполнять требования и рекомендации врачей, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

- Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем условия гарантии в пункте 2.3 настоящего договора.

2.3 Гарантийные сроки, установленные Исполнителем:

- На постоянные пломбы, несъёмные постоянные ортопедические конструкции, имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год.

- На постоянные съёмные протезы – 6 месяцев.

- На работу с зубами, которые уже ранее были пролечены не в клинике Исполнителя – 6 месяцев.

- На лечение зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя.

Просим особенно внимательно прочитать этот пункт и все обдумать до начала лечения, поскольку повторное лечение корневых каналов является одной из наиболее дорогих и непредсказуемых манипуляций. Если результат лечения не будет положительным и зуб будет удален в сроки более 1 недели от окончания лечения каналов, деньги за лечение и протезирование этого зуба возвращены не будут.

На случаи предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения (о чем делается соответствующая запись в истории болезни) - 1 день. Временные пломбы - 1 день.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, восстановления, несъёмные и съёмные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профгигиену, отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и другие, не о вещественные работы и услуги, сроки гарантии не распространяются.

Гарантийные сроки на все виды работ уменьшаются наполовину:

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта, которая подтверждается гигиеническим индексом.

- Если лечение не закончено и в полости рта были оставлены кариозные зубы, старые несостоятельные пломбы и ортопедические конструкции, пародонтальные карманы, являющиеся постоянным источником инфекции.

Гарантия на все виды оказанных услуг полностью утрачивается в следующих случаях:

- Если при возникновении любой стоматологической проблемы пациент не уведомляет лечащего врача нашей клиники в срок до 7 дней включительно и не обращается в клинику в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления.

- При лечении любого вида стоматологической патологии в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни.

- Если выполнено протезирование в другой клинике на имплантатах, установленных Исполнителем

- В случае задержки оплаты любой фактически оказанной Заказчику услуги сроком более 1 недели с момента оказания услуги.

- При любом самостоятельном вмешательстве пациента в гарантийную стоматологическую конструкцию.

- При появлении осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом, или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений.

- В случае последствий состояний, травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.)

- В случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации.

Сроки службы постоянных стоматологических конструкций составляют 2 года.

В случае изготовления ортопедической конструкции, Заказчик выплачивает полную стоимость протезирования в виде 100% предоплаты. При отказе Заказчика от протезирования на любом этапе после снятия оттисков, с Заказчика удерживается 50% от полной стоимости Услуги. Ортопедическая конструкция, слепки и модели остаются у Исполнителя. Заказчик имеет право при наличии клинической возможности завершить протезирование позже, заново заплатив полную стоимость оказанных услуг по протезированию. Препарирование зуба под коронку считается отдельной услугой. При длительном (более 2 недель) отсутствии пациента после снятия слепков зубы могут изменить свое положение. Ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая конструкция уже будет непригодна ввиду изменения положения опорных зубов. В этом случае протезирование проводится только после полной повторной оплаты всей работы. Сроки гарантии могут устанавливаться врачами клиники индивидуально для

каждого вида Услуг, о чем уведомляется Заказчик и делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

2.4 Заказчик имеет право:

- Требовать предоставления услуг надлежащего качества.
- Вместе с врачом устно или письменно составить и утвердить план предстоящего лечения и его стоимость. При отсутствии плана лечения услуги оказываются по нуждаемости и желанию пациента, если это не расходится с общепринятыми стандартами оказания стоматологических услуг и соответствует клинической ситуации.
- Отказаться от исполнения услуг, уплатив согласно договору часть установленной цены пропорционально части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Заказчика от исполнения договора.

Подписывая данный договор, Заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку персоналом клиники ООО «ЮТЭЛИ» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество; пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты; реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Заказчик дает право медицинским работникам Исполнителя передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Заказчиком в письменном виде - заказным письмом.

2.5. Исполнитель имеет право:

- Отказать Заказчику в оказании стоматологических услуг при несоблюдении правил поведения в клинике Исполнителя, условий гарантии, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии заказчика с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.
- Не оказывать услуги по договору, если не достигнуто полное взаимопонимание, доверие и психологическая совместимость врача и пациента, если персонал не обладает квалификацией и оснащением для оказания Заказчику требуемых им услуг.
- В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Заказчика к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.
- Допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема, сроков и стоимости лечения.
- При изменении клинической ситуации изменить с согласия Заказчика план или(и) сроки лечения, а в случае несогласия Заказчика с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.
- Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Заказчика противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
- Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии и выдать на основании письменного запроса Заказчику выписку из амбулаторной карты и копии диагностических исследований.

3. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1 Стоимость договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных заказчику стоматологических услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги. ЗАКАЗЧИК оплачивает оказанную услугу в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по прейскуранту, сразу после исполнения услуги или ее части. Оплата производится после каждого приема у врача в размере полной стоимости услуг оказанных в данное посещение.

3.2 Форма оплаты: наличный расчет или оплата по безналичному расчету путем внесения предоплаты на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При применении ортопедического или ортодонтического лечения, ЗАКАЗЧИК оплачивает в кассу задаток в размере 50% от стоимости услуг сразу после снятия оттисков. Остаточную сумму ЗАКАЗЧИК обязан внести не позднее дня фиксации работы в полости рта ЗАКАЗЧИКА.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- потребовать уменьшения стоимости предоставляемых услуг; потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор и потребовать возмещение потраченных на некачественные услуги средств.

4.2. При задержке оплаты оказанных услуг на срок более 1 недели без письменного согласования рассрочки с Исполнителем, Заказчик выплачивает Исполнителю пеню в размере 1% от суммы долга за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Заказчика от оплаты оказанных услуг в полном объеме.

4.3. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

4.5. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Заказчик обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

4.6. В случае повторной неявки Заказчика на прием без предварительного уведомления Исполнителя за 24 часа или повторного опоздания более чем на 15 минут заказчик выплачивает Исполнителю неустойку из расчета 1500 рублей за 1 час вынужденного простоя.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры и претензии, возникшие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует 1 год.

6.2. Если ни одна сторона в письменном виде не настаивает на прекращении действия настоящего договора, он автоматически пролонгируется на 1 год. Количество таких пролонгаций не ограничено.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

7.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.3. Подписывая данный договор, Заказчик подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения. Также, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

7.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик (официальный представитель)	Исполнитель
	ООО «ЮТЭЛИ» ИНН 6659096009, КПП 665901001 Р/С 40702810916160104649 в ПАО «Сбербанк России» г. Екатеринбурга БИК 046577674; К/С 30101810500000000674
Подпись: _____	Администратор ООО «ЮТЭЛИ» _____/_____/_____ М.П.
« » 20 г.	

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)
" _____ " _____ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи **лицом, законным представителем которого я являюсь**

(ненужное зачеркнуть)

В _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«__» _____ Г.
(дата оформления)