

**ДОГОВОР № {НомерКарты} возмездного оказания стоматологических услуг.**

**Хабаровск**

**{ТекущаяДатаПолная} г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «СК ДОКТОР КИМ»,** осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, выданной \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора клиники (администратор {ФамилияИООтветственного}), действующего на основании Доверенности № \_\_\_\_\_, с одной стороны, и

**Гражданин(ка) {ФамилияИмяОтчество},** именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые – «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель в период времени, согласованный Сторонами, обязуется оказать Пациенту на возмездной (платной) основе стоматологические услуги в соответствии с планом обследования и лечения, рекомендуемым Исполнителем.

### 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость стоматологических услуг определяется согласно действующему на день оказания услуг прейскуранту.

2.2. Расчеты за стоматологические услуги осуществляются в форме предоплаты, частичной предоплаты и постоплаты в зависимости от вида оказываемых стоматологических услуг.

2.3. Оплата производится в рублях за наличный и безналичный расчет.

2.4. По всем гарантийным случаям работы выполняются безвозмездно.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

#### 3.1. Исполнитель **обязан:**

- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества;

- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о плане обследования и лечения, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов;

- информировать Пациента до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе диагностических манипуляций и лечения;

получить информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство;

- ознакомить Пациента со стоимостью лечения, а при изменении плана и/или стоимости лечения проинформировать Пациента и получить дополнительное согласие на измененные этапы лечения.

#### 3.2. Исполнитель **имеет право:**

- самостоятельно решать все вопросы, связанные с проведением диагностических мероприятий и техникой лечения, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента;

- в одностороннем порядке вносить изменения в прейскурант стоматологических услуг;

- отложить и отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае возникновения у Пациента противопоказаний;

- при грубых нарушениях Пациентом врачебных назначений, некорректном поведении последнего по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке в клинику в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при нарушении п.2 условий Договора – отказать Пациенту в приеме как в день, назначенный для проведения процедуры, так и впредь, за исключением ситуаций, требующий экстренного врачебного вмешательства.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

#### 4.1. Пациент **обязан:**

- своевременно сообщать Исполнителю всю достоверную информацию, необходимую для планирования и осуществления лечения;

- неукоснительно выполнять все врачебные назначения и рекомендации;

- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения;

- вести себя корректно по отношению к сотрудникам Исполнителя;

- своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа до времени приема;

- входить в лечебные кабинеты исключительно в бахилах и без верхней (уличной) одежды;

- полностью оплатить услуги, оказанные Исполнителем, на условиях и в сроки, указанные в п.2 Договора.

#### 4.2. Пациент **имеет право:**

- на предоставление информации о плане обследования и лечения;

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

- на выбор дня и времени явки на прием в соответствии с режимом работы Исполнителя с учетом расписания работы и занятости времени персонала Исполнителя;

- Пациент имеет право в любой момент отказаться от SMS информирования путём письменного отказа в свободной форме (см. п.6.1.).

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на все виды стоматологической помощи, за исключением консервативного лечения периодонтита, хронических заболеваний пародонта, лечения зубов с несформированными корнями и лечения молочных зубов.

5.2. Гарантия действует в течение 2-х (двух) лет со дня окончания лечения (протезирования). Гарантия на имплантацию 5 лет. Гарантия действительна только при условии посещения Пациентом назначенных и согласованных Сторонами приемов для профилактического осмотра каждые полгода после завершения плана лечения.

5.3. В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Пациента, стоимость уже оказанных и неоплаченных услуг Исполнителя подлежит оплате Пациентом в полном объеме.

5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за ухудшение состояния, связанное с грубым нарушением предписаний врача по проводимым стоматологическим процедурам, а также в случае невыполнения Пациентом предварительно согласованного Сторонами плана лечения.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие редко встречающихся осложнений, указанных в инструкции на назначенные препараты в виде аллергической реакции, а также вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Пациент согласен на SMS информирование по каналам связи.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

6.3. Все споры и разногласия между Сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПАЦИЕНТ:

ООО «СК ДОКТОР КИМ»,

{ФамилияИмяОтчество}

680013, Хабаровский кр, город  
Хабаровск, улица Ленинградская,  
дом 32, ПОМЕЩЕНИЕ 1 (6-13, 31)

Паспорт: {СерияНомерПаспорта}

ОГРН 1192724015912

ИНН 2721243236

Адрес: {Адрес}

Номер счета  
40702810970000019275

Телефон: {Телефоны}

БИК 040813608

Корр. счет 3010181060000000608

Email: \_\_\_\_\_

ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ БАНК  
ПАО СБЕРБАНК

КПП 272101001

\_\_\_\_\_/ {ФамилияИО}/

подпись

\_\_\_\_\_/ {ФамилияИО Ответственного}/

М.П.    подпись