**Уведомление**

Настоящим Уведомлением **Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология Дельта» (ООО «Стоматология Дельта»)** в лице д**иректора Кондратьевой Ирины Геннадьевны, действующего на основании Устава,** в соответствии с п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, до заключения договора на оказание медицинский услуг в письменной форме уведомляет гражданина(ку)

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

(Ф.И.О. полностью)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения ООО «Стоматология Дельта» (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 моего здоровья.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

(подпись) (расшифровка)

**Договор № \_\_\_\_**

## предоставления платных медицинских услуг

# **ООО «Стоматология ДЕЛЬТА»**

г. Владимир «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология ДЕЛЬТА» (ООО "Стоматология Дельта"), ОГРН 1043302010454 - свидетельство о ГРЮЛ от 27.08.2004 г. выдано Инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам по Октябрьскому району г. Владимира Владимирской области, в лице директора Кондратьевой Ирины Геннадьевны, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-33-01-001314 от 26.07.2013 года (первичная доврачебная медико-санитарная помощь по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической; первичная специализированная медико-санитарная помощь по: ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической), выданной Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (адрес: г. Владимир, ул. Большая Московская, д.61), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, заключили настоящий договор.

1. **Предмет договора**
   1. Исполнитель оказывает Пациенту стоматологическую медицинскую помощь, соответствующую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ.
2. **Стоимость услуг и их оплата**

2.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, их стоимость, сроки и порядок оплаты, а также условия и сроки их предоставления определяются в Приложении(ях) к настоящему договору - "План диагностики и лечения" и Акте выполненных работ, являющихся неотъемлемой частью договора, подписываемом(мых) обеими Сторонами.

2.2. Расчёт стоимости услуг, полученных Пациентом, производится по прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оказания услуги.

2.3. Исполнитель информирует Пациента о плане лечения и (или) протезирования и ориентировочной стоимости работы до её начала.

2.4. Пациент производит оплату за услуги не позднее даты их получения, если иное не предусмотрено дополнительными соглашениями между Исполнителем и Пациентом.

2.5. Перед началом зубопротезирования с Пациента взимается аванс в размере 20% от общей стоимости работы.

**3. Права и обязанности Пациента:**

**3.1 Пациент имеет право:**

1. Получать бесплатную и достоверную информацию об условии предоставления платных услуг, наличия лицензии, а также о квалификации и сертификации специалистов.
2. Получить у Исполнителя медицинскую документацию по результатам обследования и лечения (протезирования) в виде копии карты пациента и списка необходимых рекомендаций.
   1. **Пациент обязан:**
3. Своевременно сообщать Исполнителю всю информацию, необходимую для планирования и осуществления качественного исполнения стоматологических услуг.
4. Выполнять все врачебные назначения (рекомендации), обеспечивающие качественное предоставление услуг.
5. Полностью оплатить по факту стоимость лечения и протезирования в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания стоматологических услуг.
6. В случае осложнений, возникших после проведенного лечения и (или) протезирования в период гарантийного срока, Пациент обязан обратиться в первую очередь к Исполнителю для их устранения.
7. **Права и обязанности Исполнителя:**

**4.1 Исполнитель имеет право:**

* + 1. Самостоятельно решать все вопросы, связанные с техникой лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтёт нужным для планирования и осуществления лечения (протезирования) Пациента.
    2. Передавать информацию об объёме и стоимости лечения третьему лицу по требованию последнего с согласия пациента, в случае, если третье лицо осуществляет оплату этого лечения.
    3. При грубых нарушениях Пациентом врачебных назначений, некорректном поведении последнего по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения – отказать в приеме Пациенту как в день назначения, так и впредь, за исключением ситуаций, требующих экстренного врачебного вмешательства.
    4. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или (и) сроки лечения (протезирования), стоимость, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение (протезирование) и расторгнуть Договор.
    5. При отсутствии соответствующих технических возможностей направить пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

**4.2 Исполнитель обязан:**

4.2.1.

* + - 1. Осуществить собеседование и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, объёма необходимого лечения и предварительной стоимости лечения, и исчерпывающе проинформировать Пациента об этом.

4.2.2. Поручить проведение специальных видов лечения (терапевтическое, хирургическое, зубопротезирование и др.) соответствующим специалистам Исполнителя.

4.2.3. Соблюдать конфиденциальность информации, полученной от Пациента, и проводимого лечения.

1. **Ответственность сторон**
   1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ, за соблюдение норм, предусмотренных для использования медицинского оборудования, санитарно-гигиенического режима, профессиональной этики, ведения медицинской документации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента.
   2. Пациент несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату предоставляемых услуг и за результат услуги, предоставляемой по его настоянию в соответствии с договором.
   3. Исполнитель гарантирует качество по предоставленным услугам в период лечения и после его завершения на все виды работ в течение 1 года;
   4. Исполнитель не несёт ответственность за качество предоставляемых услуг в случаях:
2. предоставления их по требованию пациента, расходящихся с планом, предложенным врачом;
3. возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечающихся ранее;
4. нарушения пациентом пункта 3.2 данного договора;
5. осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом;
6. переделок и исправления работы в другом лечебном заведении или ремонта и исправления работы самим пациентом;
7. истечения срока гарантии по услуге.
8. **Порядок изменения и расторжения договора**
   1. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Пациентом.
   2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
   3. В случае полного отказа пациента от получения платных медицинских услуг после заключения договора, договор расторгается. При этом пациенту возвращаются денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.
9. **Дополнительные условия**
   1. Взаимоотношения Пациента с Исполнителем регулируются Правилами, утвержденными постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
   2. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.
   3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами своих обязательств.
   4. Договор составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Стоматология ДЕЛЬТА»**  Юридический адрес: 600017, г. Владимир,  Октябрьский пр., 36, тел.: (4922) 35-34-00, 33-38-33 ОГРН 1043302010454 ОКПО 7097288 КПП 332801001 КПП 332801001  ИНН 3328432494 КПП 332801001  ОКПО 70972880  ОГРН 1043302010454  Расч./счёт № 40702810509250001105 ОГРН 1043302010454 ОГРН 1043302010454 ОГРН 1043302010454 ОГРН 1043302010454 ОГРН 1043302010454  в филиале ОАО БАНК ВТБ в г. Воронеже  ГРКЦ ГУ ЦБ РФ по Воронежской области  БИК 042007835  Кор./счёт № 30101810100000000835 | **ПАЦИЕНТ:**  ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:  выдан  Адрес регистрации  Тел.: |

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Г.Кондратьева Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_