ООО «Детская стоматология №2»

Юридический адрес:
129337, Москва,
Палехская, 21.

Фактический адрес:
117335, г.Москва ул.
Гарибальди д.15, пом. XX

Тел.: 8 (495) 640 69 00

ИНН 7716652715
КПП 771601001
ОГРН 1097746708146
Р/с 4070 2810 8002 4000 2161
Банк: Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО)
К/с 3010 1810 1452 5000 0411
БИК 044525411

До заключения Договора на оказание стоматологических услуг Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя 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, а также уведомляет Пациента о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с «Положением о гарантиях».

Договор на оказание стоматологических услуг № _____

г. Москва «____»_____ 2015 г.

ООО «Детская Стоматология №2» (лицензия № Л0-77-01 – 003059 от 18 октября 2010 г., на оказание медицинских услуг), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Администратора клиники _____, действующего на основании доверенности № _____ от «____»_____ _____г., с одной стороны, и _____ _____ (в дальнейшем «Заказчик»), являющийся законным представителем _____ _____(в дальнейшем «Пациент»), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» по отдельности – «Сторона», заключили настоящий Договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Заказчик поручает Исполнителю оказать стоматологические услуги Пациенту на возмездной основе с применением наиболее безболезненных методов лечения, а в случае необходимости обезболивающих, седативных или наркозных средств.
1.2. Заказчик обязуется выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, а также своевременно оплачивать оказываемые услуги.
1.3. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление и желание Заказчика (законного представителя) Пациента получить медицинские услуги за плату и при наличии медицинских показаний.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:
2.1.1. Установить дату и время обследования Пациента.
2.1.2. Внести результаты обследования и возможные планы лечения в медицинскую карту Пациента. Проинформировать Заказчика о результатах обследования, методах лечения, возможных вариантах медицинского вмешательства, преимуществах и недостатках различных планов лечения и сообщить Заказчику примерные сроки выполнения различных планов лечения.
2.1.3. Осуществить качественное лечение в соответствии с поставленным диагнозом и планом лечения, внесенными в медицинскую карту Пациента.
2.1.4. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм в соответствии с положениями ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года.
2.1.5. Обеспечить наиболее рациональные методы лечения, в соответствии с медицинскими показаниями.
2.1.6. Исполнитель обязуется ознакомить Заказчика с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, и по требованию выдать копии этой документации.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Клиника вправе осуществлять перенос даты и времени приема пациента в случаях предусмотренных в правилах оказания медицинских услуг в ООО «Детская стоматология №2» от 15.09.2014г.
2.2.2. При наличии медицинских противопоказаний у Пациента, отказать в оказании медицинских услуг.
2.2.3. Отказать в оказании услуг, если данное лечение не соответствует требованиям технологий и может повлечь нежелательные последствия.
2.2.4. Отказать в оказании услуги при невыполнении Пациентом рекомендаций по гигиене полости рта.
2.2.5. При неисполнении Пациентом рекомендаций и требований лечащего врача, в период проведения лечения, исключающем возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей, в одностороннем порядке расторгнуть договор. При этом Исполнитель возвращает Заказчику сумму предоплаты, если она производилась, за вычетом стоимости произведенных исполнителем работ и стоимости израсходованных материалов.
2.2.6. В случае опоздания Заказчика на 25 % от запланированного времени по записи, Исполнитель имеет право перенести запись на другой день.
2.3. Заказчик обязуется:
2.3.1. Обеспечить явку Пациента на лечение в установленное сторонами время.
2.3.2. Предупредить исполнителя не менее чем за 24 часа по телефону **8 (495) 640 69 00** о невозможности явки на прием.
2.3.3. Обеспечить выполнение всех рекомендаций и требований лечащего врача, для обеспечения качественного предоставления услуг Пациенту.
2.3.4. Обеспечить соблюдение Пациентом гигиены полости рта.
2.3.5. Обеспечить явку Пациента на назначенный профилактический осмотр не реже 1 раза в 3 месяца.
2.3.6. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).
2.3.7. При обнаружении недостатков в ходе выполнения работы, или при принятии выполненной работы, известить об этом лечащего врача. В противном случае, работа считается выполненной надлежащим образом.
2.3.8. Немедленно известить медицинский персонал или посетить клинику для оказания помощи при появлении боли и (или) других жалоб у Пациента в периоды между сеансами лечения, предоставлять полную информацию о состоянии здоровья Пациента, выписки и справки других специалистов (по требованию лечащего врача).
2.3.9. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по договору, по вине Заказчика или Пациента, оплатить фактически оказанные услуги Исполнителя в полном объеме.
2.4. Права Заказчика:
2.4.1. Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов, о квалификации и сертификации специалистов.
2.4.2. Получать достоверную информацию о предоставлении платных услуг.
2.4.3. Выбирать лечащего врача, с учетом согласия врача.
2.4.4. По своему усмотрению выбрать план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения, предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения и связанными с ними рисками, преимуществами и недостатками различных планов лечения и возможных осложнений.
2.4.5. Давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
2.4.6. Отказаться от медицинского вмешательства.
При наличии обоснованных претензий к качеству предоставляемой услуги, требовать от Исполнителя уменьшения стоимости данной услуги.
2.5. Иные положения:
2.5.1. Заказчик соглашается с тем, что имеет право получать информацию о диагнозе, методах лечения, включая альтернативное, и связанным с ними риске, а также возможных осложнениях, путем ознакомления с записями в медицинской карте Пациента.
2.5.2. Заказчик и Исполнитель соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Заказчика на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием для начала лечения.
2.5.3. Заказчик понимает и соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, оговоренная с ним после осмотра, является предварительной, и не включает в себя стоимость скрытых патологий, обнаруженных в процессе лечения.
2.5.4. Заказчик соглашается подтверждать запись лечащего врача в медицинской карте личной подписью при ознакомлении с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, риском (если имеется), связанным с ними, преимуществе и недостатках различных планов лечения, возможных осложнениях

при выборе плана лечения, и если имеется риск осложнений при выборе альтернативного плана лечения.
2.5.5. Заказчик подтверждает своей подписью необходимое в ходе лечения согласование, касающееся эстетических и функциональных особенностей лечения и изменения конструкций протезов, гарантийных условий и прочих особенностей данного лечебного процесса.
2.5.6. Заказчик подтверждает своей подписью, что он информирован о возможном снижении качества предоставляемой услуги, при несоблюдении Пациентом требований и рекомендаций врача.
2.5.7. При оказании услуги по настоянию Заказчика (если услуга не наносит ущерб здоровью) и вопреки рекомендациям врача (так называемые временные меры, которые не отменяют необходимости выполнения основных рекомендаций врача). Заказчик принимает на себя ответственность за результат услуги без каких-либо гарантий и подтверждает своей подписью в медицинской карте.
2.5.8. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Заказчика в медицинской карте одновременно является его согласием с предложенной и согласованной обеими сторонами кандидатурой врача, методами обследования и лечения, и качеством лечебных мероприятий.

3. Сроки выполнения работ

3.1. Сроки проведения лечения зависят от индивидуальных особенностей Пациента, результатов обследования и тяжести заболевания и не могут быть заранее определены.

4. Порядок расчетов

4.1. Заказчик оплачивает стоматологические услуги по расценкам прейскуранта, действующего на момент оплаты услуг.
4.2. Заказчик оплачивает все полученные услуги после каждого посещения Пациентом врача.
4.3. Оплата услуг, требующих более 1 посещения Пациента для завершения лечения, может оплачиваться по индивидуальной схеме, зафиксированной сторонами.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность за качество выполняемых лечебно-диагностических услуг в соответствии с законодательством РФ.
5.2. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставленной информации о Пациенте, выполнение Пациентом рекомендаций врача и своевременную оплату за предоставленные услуги.

6. Гарантийные обязательства

6.1. Для сохранения гарантии, Заказчик обязуется обеспечить явку Пациента на профилактический осмотр не реже 1 раза в 3 месяца. Исполнитель обязуется бесплатно устранить дефекты, подпадающие под гарантийный случай, при соблюдении следующих условий:
6.1.1. Заказчик принимает настоящие условия Договора.
6.1.2. Пациент и Заказчик выполняют все обязательства по Договору оказания стоматологических услуг.
6.1.3. Гарантия исчисляется с момента окончания сдачи зубных протезов Пациенту, и (или) лечения каждого зуба.
6.1.4. Гарантийное обслуживание возможно только после осмотра Пациента у врача, назначенного Исполнителем.
6.1.5. Данная гарантия не распространяется на повреждения, вызванные неправильным использованием, небрежностью, несчастным случаем.
6.2. Гарантийные сроки на пломбы: 1 год. Иные условия и сроки гарантии могут быть указаны в Приложениях к настоящему Договору.
6.3. Исполнитель не гарантирует положительный результат предоставляемых услуг, а Пациент теряет право бесплатного гарантийного обслуживания в случаях, когда:
6.3.1. Пациент и Заказчик нарушают свои обязательства по настоящему Договору.
6.3.2. Возникает аллергия или непереносимость на препараты, стоматологические материалы, не заявленные Заказчиком.
6.3.3. Производится исправление и переделка работы Исполнителя в другом лечебном учреждении.
6.3.4. Исправления и ремонт работы производится самими Пациентом или Заказчиком.
6.3.5. Возникают осложнения при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.
6.3.6. Срок гарантии по услуге заканчивается.
6.4. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком и Пациентом за нарушение сроков исполнения обязательств, возникших в результате невыполнения необходимых обследований Пациента в назначенные врачом сроки, за неявку Пациента на прием к лечащему врачу. Нарушение сроков исполнения медицинских услуг и его причины указываются в медицинской карте.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Все спорные вопросы, возникающие в процессе заключения и исполнения настоящего договора, разрешаются в соответствии с текущим законодательством Российской Федерации и с соблюдением претензионного порядка урегулирования разногласий

8. Заключительные положения

8.1. Срок действия настоящего Договора: с «____» _____ _____ г., по «____» _____ _____ г. Если не менее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия настоящего Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его изменения или расторжения, такой Договор считается пролонгированным на тот же срок.
8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга за 30 (тридцать) дней;
8.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Детская стоматология №2» 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 по почте, электронной почте и сотовой связи, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю 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. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом соответствующим уведомлением в письменном виде — заказным письмом.
8.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр отдается на руки Заказнику, второй остается у Исполнителя.

9. Реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Детская стоматология №2»
Юридический адрес: 129337,
Москва, Палехская, 21.
Фактический адрес: 117335, г.Москва
ул. Гарибальди д.15, пом. XX
8 (495) 640 69 00
ИНН 7716652715 КПП 771601001
ОГРН 1097746708146
Р/с 40702810800240002161
Филиал “Центральный” Банка ВТБ (ПАО)
к/с 3010 1810 1452 5000 0411
БИК 044525411

ЗАКАЗЧИК:

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения: _____
паспорт серии _____ № _____
выдан _____
Дата выдачи: «___»_____ 20_____г.
Фактическое место жительства: _____
_____
тел. для связи: +7 (_____)_____
e-mail: _____

ПАЦИЕНТ:

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Дата рождения: _____
паспорт / свидетельство серии _____
№ _____
выдан (о): _____
Дата выдачи: «___»_____ 20_____г
Фактическое место жительства: _____
_____
номер карты пациента: _____

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

М.П.

_____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)