

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пенза

«__» _____ 202_г.

Общество с ограниченной ответственностью «АРТМАРИ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора **Дилбарян Мариам Оганесовны**, действующей на основании Устава, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01166-58/00642397 выданной 01.03.2023года Министерством здравоохранения Пензенской области, находящимся по адресу: 440018, г.Пенза, ул. Пушкина,163. Тел. (8412)48-81-01, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» (документ удостоверения личности серия _____ № _____, выдан _____),

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», подписали настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику или Пациенту квалифицированные стоматологические услуги в области: терапии, ортодонтии, ортопедии и имплантологии (далее – «стоматологические услуги»), а Заказчик обязуется оплатить стоматологические услуги в размере и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. В оговоренное с Заказчиком/Пациентом время Исполнитель проводит собеседование и первичный осмотр Заказчика/Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и подробно информирует об этом Заказчика/Пациента.

2.2. Исполнитель на основании первичного осмотра Заказчика/Пациента определяет план консультативно-диагностических и/или лечебно-профилактических мероприятий (План лечения), о чем делает соответствующие записи в медицинской карте.

2.3. Согласие Заказчика/Пациента с предложенным планом лечения оформляется подписью Заказчика (если Пациент не достиг возраста 15 лет) /Пациента в Информированном добровольном согласии на проведение медицинского вмешательства (далее по тексту – «Информированное согласие»), которое после подписания становится неотъемлемой частью настоящего договора. Стороны пришли к соглашению, что такое согласие является также подтверждением того, что в соответствии с п. 2.1. Заказчик/Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного согласия Заказчика/Пациента на предложенное лечение.

2.4. Стоматологические услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (лечащими врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании, и материалами Исполнителя в соответствии с Планом лечения.

2.5. Стоматологические услуги оказываются в соответствии с рекомендованными лечащим врачом сроками

2.6. В случае возникновения необходимости изменений в Плане лечения с выполнением дополнительных консультативно-диагностических и/или лечебно-профилактических мероприятий, Исполнитель предупреждает об этом Заказчика/Пациента и вносит соответствующую запись в медицинскую карту. Отказ Заказчика/Пациента от проведения дополнительных лечебно-профилактических мероприятий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением Заказчику/Пациенту последствий.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Общая стоимость стоматологических услуг определяется согласно Плану лечения исходя из стоимости отдельных стоматологических услуг, установленной Прайс-листом на дату оказания услуг.

3.2. Общая стоимость стоматологических услуг, определенная согласно Плану лечения, является приблизительной, и проведённые с согласия Заказчика/Пациента дополнительные мероприятия согласно п.2.6. Договора оплачиваются им по расценкам действующего во время их выполнения Прайс-листа.

3.3. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке изменять цены на стоматологические услуги путем утверждения нового Прайс-листа. В случае изменения цен на стоматологические услуги и утверждения Исполнителем нового Прайс-листа, Исполнитель информирует об этом Заказчика/Пациента путем помещения нового Прайс-листа на информационную доску объявлений по адресу оказания стоматологических услуг: г. Пенза, ул. Кулакова, д.7 пом.5.

3.4. Заказчик оплачивает стоматологические услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо путем оплаты по кредитной карте, в дни осуществления предусмотренных Планом лечения консультативно-диагностических или лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с Прайс-листом до или непосредственно после их осуществления, в зависимости от вида оказываемых услуг. В случае осуществления Заказчиком авансового платежа (до дня осуществления консультативно-диагностических или лечебно-профилактических мероприятий), стоимость оказываемых медицинских услуг исчисляется в соответствии с Прайс-листом, действующим на день осуществления предусмотренных Планом лечения консультативно-диагностических или лечебно-профилактических мероприятий.

3.5. Оплата за ортопедическое лечение производится по частям в следующем порядке:

50% в день выставления счета;

50% в день фиксации ортопедической конструкции в полости рта.

3.6. Оплата за ортодонтическое лечение производится по частям:

50% в день выставления счета;

50% в день фиксации ортодонтической конструкции в полости рта;

В случае если Заказчик по собственному желанию решает изменить план лечения или прервать курс лечения, то деньги, внесенные в счет оплаты ортодонтического лечения, Исполнителем не возвращаются.

3.7. Особенности оплаты отдельного вида услуг могут быть изложены в Информированном согласии.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель по настоящему договору обязуется:

4.1.1. Оказать услуги в соответствии с условиями настоящего договора и Планом лечения.

4.1.2. По запросу Заказчика/Пациента выдать выписку из медицинской карты, копии рентгеновских снимков и т.д.

4.1.3. Информировать Заказчика/Пациента о сущности консультативно-диагностических или лечебно-профилактических мероприятиях, выполняемых в отношении Заказчика/Пациента Исполнителем.

4.1.4. Обеспечить сохранение в тайне информации о здоровье Заказчика/Пациента.

4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком/Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего договора.

4.2.2. При выявлении у Заказчика/Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в проведении соответствующих лечебно-диагностических мероприятий.

4.2.3. Отказать в выполнении консультативно-диагностических или лечебно-профилактических мероприятий, если у Заказчика/Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Заказчик/Пациент находится в состоянии опьянения.

4.3. Заказчик/Пациент по настоящему договору обязуется:

4.3.1. Выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача.

4.3.2. Предупреждать Исполнителя о непереносимости отдельных медицинских препаратов и методов лечения, а также их сочетаний.

4.3.3. Соблюдать условия настоящего договора. Обеспечить сохранность экземпляра договора Заказчика.

4.3.4. Оплачивать медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

4.4. Заказчик/Пациент вправе:

4.4.1. Выбрать лечащего врача из штата Исполнителя с учетом его специализации с его согласия.

4.4.2. Выбирать время приёма у врача из имеющегося свободного.

5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Гарантия Исполнителя на стоматологические услуги, оказанные в рамках настоящего договора, составляет 1 (Один) год с даты завершения оказания соответствующей услуги. Гарантия на ортодонтическое лечение приравнивается к выполнению Заказчиком условий ретенционного периода.

5.2. Гарантия Исполнителя на стоматологические услуги действительна только при соблюдении рекомендаций и требований лечащего врача и предусмотренных Информированным согласием для соответствующего вида услуг.

6. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ЗАКАЗЧИКА

6.1. Использование и хранение персональных данных Заказчика/Пациента осуществляется в рамках законодательства России.

6.2. Заказчик/Пациент, подписывая настоящий договор дает согласие на обработку Исполнителем персональных данных Заказчика в целях исполнения настоящего договора и на срок его действия.

6.3. Исполнитель обязуется обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Заказчика/Пациента при их обработке.

6.4. Исполнитель обязан по требованию Заказчика/Пациента вносить уточнения в его персональные данные, блокировать или уничтожать их в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, недостоверными или не являются необходимыми для исполнения настоящего договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. В случае невыполнения Заказчиком/Пациентом двух и более раз рекомендаций и требований лечащего врача, Исполнитель вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке.

7.2. В случае некачественного оказания Исполнителем стоматологических услуг, подтвержденного независимой экспертизой, Исполнитель за свой счет устраняет последствия некачественного оказания медицинских услуг. Независимая экспертиза оплачивается Заказчиком в случае, если результат экспертизы не подтвердит некачественное оказание услуг Исполнителем. Независимая экспертиза оплачивается Исполнителем в случае, если результат экспертизы подтвердит некачественное оказание услуг Исполнителем.

7.3. Исполнитель не несет ответственности за некачественное оказание стоматологических услуг в следующих случаях:

- Существует неполнота сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса, отсутствие четких критериев раннего распознавания и прогнозирования таких болезней;
- Чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания и его осложнения;
- Исключительность индивидуальных особенностей организма Заказчика/Пациента;
- Ненадлежащие действия самого Заказчика/Пациента.

7.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, как-то: пожар, землетрясение и другие стихийные бедствия. Сторона, в отношении которой возникли обстоятельства непреодолимой силы, немедленно, но не позднее десяти дней, известит другую Сторону по факсу или телексу о наступлении обстоятельств

непреодолимой силы, с представлением необходимых документов, выданных компетентными государственными или нейтральными организациями, доказывающих, что эти обстоятельства действительно и в значительной степени влияют на выполнение настоящего Договора.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 3 (трех) лет с момента его подписания обеими Сторонами. Если не одна из сторон не заявила о желании его расторгнуть, то договор автоматически пролонгируется на каждые последующие три года, при этом количество пролонгаций не ограничено.

8.2. В рамках настоящего договора осуществляется неоднократное и не ограниченное по количеству последующее обращение Заказчика к Исполнителю за оказанием стоматологических услуг в течение действия настоящего договора, при этом настоящий договор действует в отношении каждого Плана лечения на тех же условиях.

8.3. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно в следующих случаях:

- По соглашению Сторон;
- По инициативе Заказчика, при условии полной оплаты услуг, фактически оказанных Заказчику Исполнителем, и возмещения Исполнителю издержек, связанных с оказанием услуг.
- По инициативе Исполнителя в соответствии с п. 6.1 настоящего договора и в случае несогласия Заказчика с Планом лечения;
- В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон. При этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «АртМари» ОГРН 1225800002779 от 08.04.2022г года. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01166-58/00642397 выданной 01.03.2023года Министерством здравоохранения Пензенской области, находящимся по адресу: 440018, г. Пенза, ул. Пушкина,163. Тел. (8412)48-81-01, осуществление медицинской помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

ИНН 5834128367, КПП 583401001,
Юридический адрес: 440067, г. Пенза, Прогонный проезд, д.23
Почтовый адрес: 440008 г. Пенза, Кулакова, д.7 пом. 5
р/с 40702810629170006041 АО «Альфа-Банк», г. Нижний Новгород
к/с 30101810200000000824, БИК 042202824, ОКПО 77443564

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ЗАКАЗЧИК:

ПАЦИЕНТ:

_____/_____
М.П.

Экземпляр договора получен _____