

Пациент проинформирован 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 Пациента.

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг.**

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20__ г

Общество с ограниченной ответственностью «АЮДент», в лице Генерального директора Новоселова Владимира Витальевича, действующего на основании Устава, в дальнейшем именуемое Исполнитель, с одной стороны, и гражданин(-ка) РФ _____, в дальнейшем именуемый(-ая) Пациент в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или Заказчик в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), при оказании помощи моему ребенку _____ с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные стоматологические услуги (далее по тексту- услуги), а именно:
- 1.1.1 осмотр и консультацию специалиста, рентгенодиагностическое обследование с целью диагностики заболевания, определения плана лечения, принятия решения о необходимости дальнейшего диагностического исследования
 - 1.1.2 иные услуги, определяемые по результатам оказания услуг, определённых в п. 1.1.1. настоящего договора, и отражаемые в медицинской и иной документации, оформляющей оказание услуг Пациенту.
- 1.2. Пациент обязуется исполнять требования и обязательства, предусмотренные п. 2.2 настоящего Договора, и своевременно оплачивать оказанные услуги на условиях настоящего Договора.

2. Обязательства Сторон.

2.1 Исполнитель обязуется:

- 2.1.1 Проводить лечение по адресу: г. Санкт-Петербург, улица Мебельная, д.49/92, лит.А, пом. 320-Н. Режим работы: с 9:00 до 21.00 без выходных.
- 2.1.2 Провести качественное обследование полости рта Пациента и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения.
- 2.1.3 Информировать Пациента о необходимости ознакомиться с «Правилами внутреннего распорядка для потребителя услуг» размещенных на сайте клиники robedaclinic.ru в разделе юридическая информация.
- 2.1.4 По результатам обследования предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, медикаментов и составить для пациента рекомендуемый план лечения.
- 2.1.5 Составить и согласовать с Пациентом предварительный план лечения с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер. План лечения Пациента является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.
- 2.1.6 Информировать Пациента о противопоказаниях, а также возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе и по окончании лечения, в связи с анатомо- физиологическими особенностями челюстно -лицевой области и общим состоянием здоровья Пациента.
- 2.1.7 Предоставить гарантии на оказанные услуги в соответствии с «Положением о гарантиях». В отдельных случаях лечащий врач может установить индивидуальные гарантийные сроки, о чем Пациент будет проинформирован. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:
 - выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, назначенного лечащим врачом;
 - обращение в клинику Исполнителя, где проводилось лечение, в случае дискомфорта и других проявлений в области проведённого лечения;
 - предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно- профилактических учреждений в случае обращения за неотложной стоматологической помощью;
 - выполнение согласованного плана лечения в полном объёме;
 - соблюдение сроков профилактических и лечебных мероприятий, установленных врачом.Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые на прямую или косвенно приводят к изменениям в зубах и окружающих их тканях. Гарантийные обязательства также не сохраняются в случаях проведения в других стоматологических учреждениях коррекции работы, выполненной Исполнителем.
- 2.1.8 Информировать Пациента о стоимости услуг с учётом проведённого обследования в соответствии с согласованным планом лечения и планом индивидуальных профилактических мероприятий.
- 2.1.9 Обеспечить качественное исполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением качественных инструментов и материалов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

2.1.10 Выполнить работы в сроки указанные в плане лечения Пациента, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приёмы.

2.1.11 Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.12 В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения, Исполнитель вправе, с согласия Пациента, назначить другого лечащего врача для проведения лечения.

2.2 Пациент обязуется:

2.2.1. Ознакомиться и соблюдать «Правилами внутреннего распорядка для потребителя услуг» размещенных на сайте клиники robedaclinic.ru в разделе юридическая информация. Подписывая данный договор, пациент подтверждает, что ознакомлен и согласен с «Правилами внутреннего распорядка для потребителя услуг».

2.2.2 Предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья: перенесённых и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведённых ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаний к лечению, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг Исполнителем. Указанная информация предоставляется Пациентом перед первым приёмом у Исполнителя путём заполнения раздела медицинской стоматологической карты «Анкета о Вашем здоровье» (далее по тексту- анкета). При изменении состояния своего здоровья Пациент обязуется незамедлительно уведомить об этом Исполнителя и внести соответствующие изменения в анкету. В любом случае информация, указанная в анкете, должна подтверждаться Пациентом не реже одного раза в год.

2.2.3. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.4. Своевременно являться на лечение и последующие профилактические приёмы, а при невозможности явки в назначенный срок по уважительной причине, заблаговременно предупредить об этом Исполнителя.

2.2.5. Ознакомиться с положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги Исполнителя. Подписывая данный договор, пациент подтверждает, что ознакомлен и согласен с условиями «Положения о гарантиях» размещенном на сайте клиники robedaclinic.ru в разделе юридическая информация.

2.2.6 Удостоверить личной подписью в медицинской карте следующее:

- сообщённые в анкете сведения о своём здоровье;
- факт ознакомления и согласия с намеченным к выполнению планом лечения, его стоимостью, условиями оплаты и сроками лечения;
- информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство;
- факт ознакомления с планом индивидуальных профилактических мероприятий, назначениями и рекомендациями лечащего врача;
- факт ознакомления и согласия с установленными гарантийными сроками и сроками службы на выполненные стоматологические услуги;

2.2.7 Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

2.2.8 При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) Пациент обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесённые им в целях исполнения Договора.

3. Стоимость услуг и порядок расчётов.

3.1 Цена настоящего договора складывается из стоимости стоматологических услуг и расходов (издержек) Исполнителя, связанных с оказанием услуг Пациенту.

3.2 Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, тарифицируется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг, и определяется на основании плана диагностики и лечения, согласованного Сторонами.

3.3 Если в ходе оказания стоматологических услуг выявляется объективная необходимость изменения согласованного Сторонами плана диагностики и лечения, влекущего изменение цены договора, вследствие изменения объёма услуг, стоимость услуг может быть скорректирована обеими Сторонами как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.

3.4 При подписании настоящего договора, если предметом договора являются услуги в области ортопедической стоматологии, Пациент оплачивает не менее 50 (пятидесяти) процентов от стоимости услуг, определённой в соответствии с п. 3.2. настоящего договора. Оставшаяся часть оплачивается Пациентом с учётом произведённого авансового платежа по мере оказания услуг, но не позднее даты снятия слепков для изготовления постоянной ортопедической конструкции. Пациентом также может быть использована схема оплаты, при которой Исполнителем в порядке, определённом в соответствии с п.п.п. 1.1.2, 3.2., 3.3. настоящего договора, составляется план лечения с определением общей стоимости лечения, его длительности и периода рассрочки платежа, при этом длительность лечения и период рассрочки могут не совпадать, план лечения в данном случае составляется по правилам, определённым в настоящем договоре, в этом случае Пациентом в день начала реализации указанного плана лечения в кассу Исполнителя вносится денежная сумма, составляющая первичный платёж в рамках предоставленной рассрочки. В дальнейшем Пациентом в срок, прописанный в дополнительном соглашении о рассрочке платежа к данному договору вносится денежная сумма, составляющая второй и последующие платежи в рамках предоставленной рассрочки, вплоть до полного осуществления оплаты по настоящему договору.

3.5 При подписании настоящего договора, если предметом договора являются стоматологические услуги в области хирургической стоматологии, за исключением услуг в объёме имплантации, Пациент осуществляет оплату стоимости стоматологических услуг при каждом оказании стоматологических услуг. При недостаточности суммы предоплаты для оплаты оказанных стоматологических услуг недостающая сумма вносится Пациентом не позднее даты окончания оказания стоматологической услуги, имеющей самостоятельное законченное значение.

3.6 При подписании настоящего договора, если предметом договора являются стоматологические услуги в области хирургической стоматологии в объёме имплантации, Пациент оплачивает не менее 50 (пятидесяти) процентов от стоимости услуг, определённой в соответствии с п. 3.2. настоящего договора. Оставшаяся часть оплачивается Пациентом по окончании лечения с учётом произведённого авансового платежа или по мере оказания услуг. Пациентом также может быть использована схема оплаты, при которой Исполнителем в порядке, определённом в соответствии с п.п. 1.1.2., 3.2., 3.3. настоящего договора, составляется план лечения с определением общей стоимости лечения, его длительности и периода рассрочки платежа; при этом длительность лечения и период рассрочки могут не совпадать; план лечения в данном случае составляется по правилам, определённым настоящим договором; в этом случае Пациентом в день начала реализации указанного плана лечения в кассу Исполнителя вносится денежная сумма, составляющая первичный платёж в рамках предоставленной рассрочки. В дальнейшем Пациентом в срок, прописанный в дополнительном соглашении о рассрочке платежа к данному договору вносится денежная сумма, составляющая второй и последующие платежи в рамках предоставленной рассрочки, вплоть до полного осуществления оплаты по настоящему договору.

3.7 При подписании настоящего договора, если предметом договора являются стоматологические услуги в области ортодонтии, Пациент оплачивает не менее 50 (пятидесяти) процентов от стоимости услуг, определённой в соответствии с п. 3.2. настоящего договора. Оставшаяся часть оплачивается Пациентом с учётом произведённого авансового платежа по мере оказания услуг, а именно, при установлении ортодонтической аппаратуры, стоимость которой определяется в соответствии с п. 3.2. настоящего договора. Указанная стоимость не включает стоимость услуг в области терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии, проведение рентгенодиагностики зубочелюстной системы, получение которых требуется в процессе ортодонтического лечения, профессиональную чистку зубов при необходимости, расходы на приобретение предметов гигиены (специальных зубных щеток и проч.), которые тарифицируются отдельно, согласно действующему прейскуранту. В случае выявления скрытого дефекта, перелома, поломки, появления трещин в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, требующих, в том числе, приварки новых элементов, замены брекетов при отсутствии вины Пациента, исправление недостатков ортодонтической аппаратуры, ее замена осуществляются Исполнителем безвозмездно. При возникновении в процессе ортодонтического лечения указанных обстоятельств по вине Пациента, устранение указанных дефектов, а также изготовление нового ретенционного аппарата, в случае его поломки, оплачиваются Пациентом дополнительно.

3.8 Если предметом договора являются услуги в области терапевтической стоматологии, Пациент осуществляет оплату стоимости стоматологических услуг при каждом оказании стоматологических услуг. При недостаточности суммы предоплаты для оплаты оказанных стоматологических услуг недостающая сумма вносится Пациентом не позднее даты окончания оказания стоматологической услуги, имеющей самостоятельное законченное значение.

3.9 Расчёт стоимости услуг осуществляется специалистом Исполнителя и отражается в выставленном счете на оплату Пациенту при каждом посещении. Осуществление оплаты означает согласие Пациента с объёмом оказанных медицинских услуг и с их стоимостью.

3.10 Оплата производится в рублях в безналичном порядке, в наличном порядке путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо в смешанном (наличном, безналичном) порядке.

3.11 Оплата услуг также может производиться Законным представителем, либо иным лицом, уполномоченным Пациентом.

4. Ответственность Сторон.

4.1. Исполнитель несёт ответственность перед Пациентом только при наличии своей вины, доказанной в установленном порядке.

4.2 Исполнитель освобождается от ответственности за оказание услуг с ненадлежащим качеством, если такое оказание услуг явилось следствием не предоставления Пациентом достоверных сведений о состоянии своего здоровья в соответствии с п. 2.2.2. настоящего Договора, либо неисполнения назначений и рекомендаций лечащего врача п. 2.2.3 настоящего Договора.

4.3. За нарушение условий оплаты, предусмотренных в п.3 настоящего договора, несёт ответственность Пациент и его законный представитель — субсидиарно.

4.4. В случае невыполнения Пациентом и/или Законным представителем принятых на себя обязательств по настоящему договору, в том числе неисполнение назначений и рекомендаций лечащего врача, а также неоднократные (более двух раз) задержки в оплате, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в дальнейшем предоставлении услуг до полного устранения нарушений.

4.5. Иная ответственность Сторон определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Дополнительные условия.

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению между Сторонами, а также в одностороннем порядке по инициативе одной из Сторон в случае нарушения другой Стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Пациент или Законный представитель, подписывая настоящий договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" дает согласие на обработку своих предоставляемых персональных данных. Персональные данные, предоставленные Пациентом Исполнителю, включают в себя фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, телефон, электронная почта, паспортные данные, историю болезней, профессию. Согласие предоставляется бессрочно на осуществление следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными с учетом требований действующего законодательства. Персональные данные

пациента необходимы Исполнителю с целью заведения медицинской карты, контроля качества оказания медицинской помощи, подачи необходимой отчетности. Письменное согласие пациента на обработку персональных данных обусловлено требованиями Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и не является свободным волеизъявлением Исполнителя. Пациент даёт согласие на обработку Исполнителем персональных данных Пациента только с целью исполнения настоящего Договора либо в случаях, прямо предвиденных законом. _____

(подпись пациента)

5.4. Исполнитель несёт ответственность за нарушение установленного законом порядка обработки персональных данных Пациента и Законного представителя Пациента, предусмотренную законодательством РФ.

5.5. Стороны пришли к соглашению и вправе использовать факсимиле для подписания настоящего договора и сопутствующих документов. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

5.6. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в той же форме, что и сам договор, и вступают в силу с момента подписания их обеими сторонами.

5.7. Во всём остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5.8. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором.

Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

Исполнитель	Заказчик / Пациент
<p style="text-align: center;">Общество с ограниченной ответственностью «АЮДент»</p> <p>юр. адрес 197345, г. Санкт-Петербург, улица Мебельная, д.49/92, лит.А, пом. 320-Н факт. Адрес 197345, г. Санкт-Петербург, улица Мебельная, д.49/92, лит.А, пом. 320-Н тел/факс +7 (812) 612-74-78 ИНН 7814699704; КПП 781401001; ОГРН 1177847258280 Р/с № 40702810690320004785 БИК 044030790 Корр. счет: 30101810900000000790 ПАО "БАНК "САНКТ-ПЕТЕРБУРГ" Лицензия № ЛО-78-01-009544 выдана 21 января 2019г., бессрочно Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга (191023, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1, тел. 595-89-79). На работы (услуги) выполняемые: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. Генеральный директор ООО «АЮДент» Новоселов Владимир Витальевич / _____ /</p>	<p>Пациент ФИО _____ _____ Паспорт номер _____ Свидетельство о рождении _____ дата выдачи ____ . ____ . ____ г. кем выдан _____ _____ адрес регистрации _____ _____ адрес места жительства _____ _____ Телефон (_____) _____ Подпись пациента/ Законного представителя _____ (_____) _____ Пациент предоставляет Исполнителю право сообщать информацию о состоянии его здоровья следующим способом: по электронной почте _____ @ _____ sms-сообщением по телефону (_____) _____ Подпись пациента/ Законного представителя _____ (_____) _____</p> <p>В случае оплаты лицом, не являющимся Пациентом также указываются данные Плательщика/Законного представителя: ФИО плательщика _____ _____ Отношение к Пациенту _____ паспорт номер _____ дата выдачи ____ . ____ . ____ г. кем выдан _____ _____ адрес регистрации _____ _____ адрес места жительства _____ _____ Телефон (_____) _____ Подпись плательщика /Законного представителя _____ (_____) _____</p>