**ДОГОВОР**

**возмездного оказания медицинских услуг**

г. Благовещенск от «\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_ г.

ООО «Дент Арт» (включено в Единый государственный реестр записи за №1162801050940 от 04 февраля 2016года Межрайонной инспекцией МНС России №1 по Амурской области) в лице директора Чередниченко А.А, действующего на основании Устава, именуемый (ая) в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Заказчику медицинские услуги на основании лицензии, ЛО-28-01-001412, от 03 февраля 2017 г., выданной Министерством здравоохранения Амурской области, на право осуществления медицинской деятельности. Находящегося по адресу: 67500, Амурская обл., г. Благовещенск, ул. Ленина 135; тел/факс 200-765, отдел лицензирования медицинской деятельности: 67500, Амурская обл., г. Благовещенск, ул. Октябрьская 108, тел. 539-667. Работы (услуги) по: 2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу; :4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью стоматологии ортопедической;

 стоматологии терапевтической;

1.2. Виды диагностического обследования и лечения будут рекомендоваться каждому Заказчику индивидуально в соответствии с перечнем предоставляемых услуг по стоматологическому лечению и действующим прейскурантом Исполнителя.

1.3. Исполнитель оказывает следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Дата** | **Виды работ и услуг** | **Ф.И.О сотрудника (врача) оказывающего услугу** | **Стоимость работ и услуг** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2. Права и обязанности сторон.**

2.1 Исполнитель ***обязан*:**

- оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ. В срок, установленный планом лечения.

- предоставить Заказчику доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге;

- получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство.

- Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Заказчика (пациента).

2.2.Исполнитель ***имеет право*:**

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

-приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги.

- отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия Заказчика делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно: нарушение плана лечения; нарушение режима проводимых процедур; г) злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

2.3 Заказчик обязан:

- соблюдать план лечения неукоснительно и точно выполнять назначения врача.

- оплатить услуги Исполнителя в размере и в сроки, указанные в договоре;

- информировать Исполнителя до начала оказания медицинской услуги о перенесенных и сопутствующих заболеваниях и осложнениях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях, к применению каких-либо лекарств или процедур, а так же другую информацию, влияющую на результаты медицинской услуги.

 - оплатить стоимость услуг Исполнителя в полном объеме, если невозможность исполнения договора возникла по вине Заказчика, а именно: а) нарушение плана лечения; б) нарушение режима проводимых процедур; в) нарушение диеты; г) злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

2.4 Заказчик ***имеет право*:**

- на предоставление информации о медицинской услуге;

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

- на получение информации о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о его здоровье.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов.**

3.1 Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

3.2 Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100%-ой предоплаты в кассу Исполнителя

3.3 Стоимость услуг может быть изменена Исполнителем вследствие инфляции, расширения объема услуг. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, выполнения работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Заказчика с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими Сторонами. . **4. Ответственность сторон.**

**Гарантия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 4.1.В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Заказчика, стоимость услуг Исполнителя подлежит оплате в полном объеме. 4.2. В случае, когда невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы. 4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. 4.4. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить её оказание по вине Заказчика. . . . **5. Прочие условия.** 5.1. Все споры и разногласия между сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ. 5.2. До обращения сторон в суд установлен обязательный претензионный порядок рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензий - 1 (один) месяц. 5.3. Для обращения в суд по поводу качества оказанных медицинских услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы качества медицинской помощи. 5.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств. 5.5. Исполнитель не несет ответственность за качество предоставляемых услуг в случаях: а) предоставления их по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения; б) возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее; в) нарушения пациентом пункта 2.3. данного договора; г) осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок; д) переделок и исправления работ в другом лечебном заведении; е) ремонта и исправления работы самим пациентом; ж) истечения срока гарантии по услуги; 5.6. Исполнитель вправе отказать пациенту в предоставлении стоматологических услуг в случае отказа засвидетельствовать согласие с договором личной подписью. . . **6. Реквизиты сторон.**

**Исполнитель:** ООО «Дент Арт», адрес:г. Благовещенск, ул. Кантемирова 23, тел 8 (4162) 442157.

ИНН/КПП 2801216615/280101001, Р/с 40702-810-7-0956-0000002

Кор./счет 30101810300000000827 в ГРКЦ ГУ Банка России по Хабаровскому краю.

Филиал № 2754 ВТБ 24 (ПАО), г. Хабаровск. ИНН 7710353606, БИК 040813827, КПП 272143002

**Заказчик (пациент):** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи сторон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_