**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

*г. Москва "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.*

 **ООО «ЛИНИЯ»** лицензия № ЛО-77-01-020-575 от «14» октября 2020 г., (*При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии ортопедической*, стоматологии терапевтической, стоматологии терапевтической, *выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, находящегося по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел.8(499) 251-83-00),* в лице генерального директора Кашицына Станислава Сергеевича, действующего на основании Устава именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Название, серия, номер, кем выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:*Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_документ удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина –(полностью), год рождения |

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги по доврачебной медицинской помощи: по рентгенологии сестринскому делу, стоматологии ортопедической; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи при осуществлении специализированной медицинской помощи: по ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик их оплатить.

 1.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг, предусмотренных Договором с момента его подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами планом лечения, что является неотъемлемой частью настоящего договора.

 1.3.Срок оказания услуг по ортопедической стоматологии, ортодонтии, хирургической стоматологии устанавливается поэтапно, по согласованному и подписанному Сторонами плану лечению и (или) дополнительному соглашению к настоящему договору и зависит от состояния здоровья Заказчика в момент оказания услуги.

 1.4. Исполнитель оказывает услуги Заказчику в пределах своих возможностей, исходя из объективного состояния здоровья Заказчика на момент заключения данного договора.

 **2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

 2.1. Оказать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и нормативными актами.

 2.2. С письменного согласия Заказчика провести клиническое обследование и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения.

 2.3. Предоставить Заказчику информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а так же используемых медицинских препаратах и изделиях.

 2.4. Назначить врача, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия врача, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе, с согласия Заказчика, назначить другого врача для проведения лечения.

 **3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:**

 3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик ознакомлен до подписания настоящего Договора.

 3.2. Отказать от исполнения услуг Заказчику, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, при наличии противопоказаний к лечению, в том числе, в амбулаторных условиях и по иным причинам, предусмотренным действующем законодательством.

**4. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА:**

 4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

 4.2. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.

 4.3. Уважительно относится к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

 4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

 4.5.Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.

**5. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА:**

 5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, состоянии зубочелюстной системы и проведенном лечении.

 5.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

 5.3. В любое время отказаться от лечения расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

 5.4. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

 7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется на основании плана лечения, согласно действующему прейскуранту. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте выполненных работ.

 7.2.Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашении.

 7.3. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

 7.4. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

 7.5. При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Заказчика, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

 7.6. Льготная система оплаты услуг применяется в индивидуальном порядке, по соглашению сторон или в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг.

 7.7. В случае внесения Заказчиком 100% предоплаты и одностороннего отказа Заказчика от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им затрат.

 7.8. Дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг.

**8.ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

 8.1.Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Заказчиком условий настоящего Договора.

 8.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

 8.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

**9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

 9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

 9.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

 9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции.

 **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

 10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно.

 10.2.Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

 10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 15 календарных дней до даты расторжения.

 **11.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

 11.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

 11.2. Медицинская карта Заказчика существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Заказчика или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

 11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», даю свое согласие осуществлять необходимые действия с моими персональными данными, предусмотренные законом.

 11.4. Заказчик дает свое СОГЛАСИЕ/ НЕ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя о ежегодном профосмотре, напоминание о назначенном времени приема, о спецпредложениях в клинике.

 11.5.В целях повышения качества стоматологических услуг и определения патологий для дальнейшей диагностики и планирования лечения Заказчик дает свое СОГЛАСИЕ / НЕ СОГЛАСИЕ на дентальное фотографирование.

 11.6. Лица, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Заказчика и факте оказания медицинской помощи, а так же сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ООО «ЛИНИЯ»** |
| ОГРН и кем выдан | 1187746894818, выдан Межрайонной ИФНС России №19 по г.Москве, дата выдачи: 09.08.2019г. |
| ИНН | 7716924006 |
| Факт адрес:Юридический адрес: | 105187, Москва, ул. Борисовская, д.1.105187, Москва, ул. Борисовская, д.1. |
|  р/с 40702810240000065077 | ПАО СБЕРБАНК |
| к/с  | 30101810400000000225 |
| БИК  | 044525225 |
| Генеральный директор Кашицын С.С |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **ЗАКАЗЧИК: ФИО** |  |
| Контакты: | Тел.: Эл. почта: |
| Подпись Заказчика: |  |
| Законный представитель: ФИО  |  |
| Подпись законного представителя: |  |