**ДОГОВОР**

**о предоставление платных медицинских услуг**

г. Гатчина «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

ООО «Радуга-М», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора Костровой О.Ю., действующего на основании Устава лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-000571 от 10 февраля 2012г. с одной стороны и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

именуемый в дальнейшем «Потребитель» или «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. «Потребитель» или «Заказчик» (юридическое лицо) получает, а «Исполнитель» принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг (стоматологической помощи) в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией: ЛО-47-01 000571 от 10.02.2012г. выдан: Комитет по Здравоохранению Ленинградской области (Лицензия действует бессрочно)

Перечень видов деятельности:

- доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии.

-амбулаторно-поликлинической медицинской помощи: первично медико-санитарной помощи по стоматологии детской, специализированной медицинской помощи по рентгенологии, стоматологии, ортопедической, терапевтической, хирургической и по прейскуранту исполнителя.

**2.ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. «Исполнитель» обязуется:

-провести консультативный осмотр «Потребителя» для установления диагноза, объема необходимого обследования и альтернативных методах лечения;

-согласовать с «Потребителем» план лечения его стоимость и сроки предоставления платных медицинских услуг;

-предупредить «Потребителя» о методах лечения, возможных осложнениях и предстоящих обследованиях в доступной форме;

-занести в медицинскую карту «Потребителя» результаты осмотра, диагноз, план лечения, рекомендации;

-проводить лечение и диагностические манипуляции в строгом соответствии с требованиями, рекомендованными МЗ РФ, медицинскими показаниями и объективным состоянием здоровья «Потребителя»;

-представлять «Потребителю» достоверную и полную информацию в доступной для «Потребителя» форме о результатах осмотра, необходимом лечении, дополнительном обследовании, возможностях медицинского учреждения;

-выполнять взятые на себя гарантийные обязательства – 2 года с момента сдачи работы (оказания услуги) согласно пунктов «Положения о гарантийных обязательствах в стоматологии»

2.2. «Потребитель» обязуется:

-отвечать на все вопросы о состоянии здоровья при заполнении медицинской карты;

-информировать лечащего врача о всех изменениях состояния своего здоровья;

-четко выполнять назначения и рекомендации лечащего врача;

-предупредить за сутки о невозможности явки на ранее назначенный прием к врачу по тел.

-во время лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача;

-информировать лечащего врача о возникшем после лечения дискомфорте в течении первых суток;

-производить оплату услуг по прейскуранту.

**3.ПРАВА СТОРОН**

3.1. «Исполнитель» имеет право:

3.1.1. Заменять по уважительной причине (болезнь, учеба и т.п.) лечащего врача «Потребителя».

3.1.2. При необходимости направлять пациента на дополнительные обследования.

3.1.3. Отказать в стоматологической помощи «Потребителю» в случае:

-нахождения пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

-больным с острым заболеванием носоглотки, верхних дыхательных путей (грипп, ОРВИ, ангина, фарингит, ларингит, герпес и др.);

-действий пациента, угрожающих жизни и здоровью медперсонала и окружающих лиц, а также сохранности оборудования «Исполнителя»;

- поведение «Потребителя», которое может повлечь за собой осложнения в процессе осмотра и лечения и представляет опасность для его здоровья;

-если требуемая помощь не входит в перечень услуг.

3.1.4. Отказать «Потребителю» в предоставлении гарантийного лечения в случае, если он не выполняет назначений «Исполнителя».

3.2. «Потребитель» имеет право:

-выбрать врача для оказания услуг;

-требовать от «Исполнителя» всю информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги и повлечь за собой определенные изменения в состоянии организма «Потребителя» или сроки ее завершения;

-отказаться от услуг «Исполнителя» в любое время при условии оплаты «Потребителем» фактически выполненных работ.

-получать полную информацию о состоянии своего здоровья , проведенном лечении в устной и при необходимости в письменной (выписка) форме в 7-ми дневный срок с момента подачи заявления;

-заявлять требования, связанные с недостатками выполненной работы (оказанной услуги) в ходе выполнения данной работы (оказания услуги), при принятии работы или в течение гарантийных обязательств (2 года)

**4.ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата за услуги производится согласно прейскуранту цен, утвержденному руководителем учреждения, после выполнения «Исполнителем» работы в полном объеме;

4.2. За зубопротезирование «Потребитель» осуществляет предоплату в размере 50% от стоимости планируемой работы. Окончательные взаиморасчеты производятся по окончанию договорных обязательств по выполнению услуг

4.3. Оплата услуг по настоящему договору производиться самим «Потребителем» или «Заказчиком».

4.4. «Потребитель» в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ оплачивает медицинские услуги, оказанные ему (ей), супруге (у), сыну (дочери), матери (отцу) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**5.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение года. Договор считается пролонгированным на очередной календарный год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее, чем за один месяц до срока расторжения Договора.

5.2. Договор может быть расторгнут по:

-инициативе «Исполнителя» в случае нарушения «Потребителем» условий настоящего Договора;

-инициативе «Потребителя» в случае нарушения «Исполнителем» условий настоящего Договора;

-при расторжении договора сторона, выступающая инициатором, извещает об этом другую сторону письменно с указанием причины. Взаиморасчеты между сторонами производятся за фактически оказанные медицинские услуги по состоянию на день расторжения Договора.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Претензии, возникающие при исполнении настоящего Договора, должны быть предъявлены в письменном виде не позднее 15 (пятнадцати) дней со дня возникновения оснований для их предъявления.

6.2. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить в письменном виде не позднее 30 (тридцати) дней с момента ее предъявления.

6.3. Стороны принимают все меры к разрешению спорных вопросов путем переговоров.

6.4. В случае не урегулирования спора мирным путем, он рассматривается по обоюдному согласию сторон в соответствии с действующим законодательством.

**7.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Все изменения, дополнения со сторон «Потребителя», приложения к Договору принимаются в письменном виде и должны быть подписаны сторонами. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством.

7.2. Медицинская карта является неотъемлемой частью договора.

**8.РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «Радуга-М»**  **ИНН 4705014056 КПП 470501001**  **Юр. адр. 188300 г. Гатчинский муниципальный**  **Район, Городское поселение Гатчинское ул.7 Армии д.22**  **Р/с 40702810255400000936 в СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**  **К/с 30101810500000000653 БИК 044030653**  **ОГРН 1024701247911 ОКОГУ 49013**  **Т. 8 81371-3-04-03, т/ф 8 81371-9-52-69** | **Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Согласен на обработку персональных данных  Согласно «положения» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **С «Положением о гарантиях» ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **С информационными согласиями ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**9.ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель. ООО «Радуга-М»**  **Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **М/П О.Ю.Кострова**  **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.** | **Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  **(фамилия)**  **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.** |