**ДОГОВОР №**

на оказание стоматологических услуг

**город Смоленск «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ года**

Общество с ограниченной ответственностью «Алые Паруса» ( «Алые Паруса») именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Желанова Д.В, действующего на основании устава и лицензии № ЛО-67-01-001583 от 22 июня 2021 г. выдана Департаментом Смоленской области по здравоохранению, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем ***«Потребитель»,*** а также\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем ***«Заказчик»,***с другой стороны, именуемые совместно «Стороны»,руководствуясь Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также условиями лицензирования Исполнителя, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать ***Потребителю*** стоматологические услуги, перечень которых определяется Сторонами в Приложении № 1, а ***Заказчик*** обязуется оплатить стоимость оказываемых услуг в установленном настоящим договором порядке.
2. Оказание стоматологических услуг осуществляется на основании лицензии № ЛО-67-01-001583 от 22 июня 2021 г., выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению.
3. В соответствии с лицензией Исполнитель имеет право выполнять при осуществлении специализированной медицинской помощи по: стоматологии профилактической, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии детской, стоматологии хирургической, ортодонтии, а также при осуществлении доврачебной помощи по: стоматологии профилактической, сестринскому делу. Адрес места нахождения лицензирующего органа:

г. Смоленск, площадь Ленина, д. 1. Телефон лицензирующего органа: 38-67-58.

1. Лечащий врач назначается Исполнителем с согласия ***Потребителя и Заказчика*** при заключении договора. По соглашению Сторон может быть произведена замена лечащего врача, о чем в амбулаторной карте ***Потребителя*** должна быть сделана соответствующая запись.

**2. Сроки оказания услуг**

2.1. В зависимости от объема и сложности согласованного Сторонами плана лечения Исполнитель обязуется оказывать:

1. услуги терапевтической стоматологии - в срок от \_\_\_\_ до \_\_\_\_ календарных дней;
2. услуги хирургической стоматологии - в срок от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_ календарных дней;
3. услуги ортопедической стоматологии и ортодонтии - в срок от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_ календарных дней;
4. Начало течения срока оказания услуги определяется моментом согласования плана лечения (см. п. 3.1.3).
5. В том случае если планом лечения предусмотрено несколько видов стоматологических услуг, сроки их оказания не суммируются, но исчисляются для каждой услуги отдельно.
6. В том случае, если в процессе лечения станет очевидно, что ввиду сложности манипуляций либо по иным объективным причинам услуги не будут оказаны в срок, Стороны обязуются составить и подписать дополнительное соглашение к настоящему договору, предусматривающее новые сроки оказания услуг или же ***потребитель по своему выбору вправе:***

***\* поручить выполнение работ третьим лицам, \* потребовать уменьшения цены за выполнение услуги,***

***\* отказаться от исполнения договора о выполнении услуги, \* потребовать полного возмещения убытков, причинённых в связи с нарушением сроков выполнения услуги;***

1. Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков оказания стоматологических услуг, если причиной их нарушения явилось неисполнение, либо ненадлежащее исполнение Заказчиком условий настоящего договора (неоплата, либо несвоевременная оплата оказываемых Исполнителем услуг**,** а так женеоднократная неявка на прием всогласованное Сторонами время и т.д. и т.п.).

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1**.** Исполнитель обязуется:

1. провести, в заранее согласованное с ***Потребителем*** и ***Заказчиком*** время, собеседование и обследование ***Потребителя*** для установления предварительного диагноза и объема необходимых стоматологических услуг;
2. результаты обследования, диагноз и план лечения отразить в амбулаторной карте;
3. ознакомить ***Потребителя*** и ***Заказчика*** с вариантами лечения и прейскурантом, согласовать план лечения. План лечения считается согласованным после его подписания лечащим врачом, ***Потребителем*** и ***Заказчиком***;
4. обеспечить оказание ***Потребителю*** услуг надлежащего качества, соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну;
5. своевременно ставить ***Потребителя*** и ***Заказчика*** в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и возможных осложнениях;
6. своевременно получать согласие ***Потребителя*** и/или ***Заказчика***на медицинское вмешательство (информированное согласие);

предупредить ***Потребителя*** и ***Заказчика*** о необходимости предоставления ему на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. Без согласия ***Потребителя*** и ***Заказчика*** Исполнитель не вправе предоставлять такие услуги на возмездной основе.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, если:

* лечение может вызвать неблагоприятные последствия для здоровья Заказчика;
* отсутствует необходимая для оказания стоматологических услуг материально-техническая база;
* ***отказать Заказчику в лечении в случае, если последний явился на прием в состоянии опьянения;***

1. приостановить оказание услуг, если Заказчик не исполняет, либо исполняет ненадлежащим образом, свои обязательства по настоящему договору;
2. отказать Потребителю в гарантийном обслуживании, если выявленные Исполнителем недостатки оказанной им услуги были устранены в другой медицинской организации.

3.3. Потребитель и Заказчик обязуются:

* + 1. предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии здоровья ***Потребителя***. Всю ответственность за последствия непредставления, либо предоставления неполной или недостоверной информации о состоянии здоровья ***Потребителя***, либо несвоевременное сообщение Исполнителю обо всех изменениях в состоянии здоровья, а также о принимаемых лекарственных препаратах, несут ***Потребитель*** и ***Заказчик***;
    2. до начала оказания услуг, заполнить «Анкету состояния здоровья», являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора;
    3. являться на прием в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием в согласованное ранее время, Заказчик обязан предупредить Исполнителя об этом **не менее чем за 12 часов**;
    4. выполнять все указания лечащего врача, содержащиеся в амбулаторной карте и Акте об оказанных услугах, а также соблюдать гигиену полости рта;
    5. являться на профилактические осмотры не реже одного раза в 6 месяцев либо в иные сроки, которые могут быть указаны в приложениях к настоящему договору, либо амбулаторной карте;
    6. производить оплату услуг в соответствии с условиями настоящего договора.

3.4. Потребитель и Заказчик имеют право:

1. получать полную и достоверную информацию о состоянии рта и проводимом лечении;
2. получать услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора;
3. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю объема оказанных к моменту отказа услуг.

3.5. Помимо указанных в настоящем договоре, Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

1. Стоимость услуг определяется Исполнителем на основании утвержденного им прейскуранта. Предварительноопределенная Исполнителем стоимость услуг указывается в Протоколе согласования договорной цены, который должен быть подписан Сторонами до начала оказания услуг. Окончательноопределенную стоимость части согласованного объема услуг Исполнитель доводит до сведения ***Потребителя*** и ***Заказчика*** позавершении каждого сеанса лечения.
2. ***Заказчик*** производит оплату оказанных ему услуг по результатам каждого сеанса лечения.Если план лечения предусматривает проведение ортопедических работ, такие работыоплачиваются следующим образом: 30 % стоимости работ - предоплата;70% стоимости работ - в деньустановки протеза (протезов) либо окончательного выполнения плана лечения.Предоплату Заказчик обязан внести в день согласования Сторонами объема и стоимости указанных видов работ.

4.3. ***Заказчик*** оплачивает оказанные ему услуги наличными или б/наличными денежными средствами. Исполнитель обязан выдать Потребителю документ, подтверждающий факт оплаты.

**5. Качество услуг**

1. Исполнитель гарантирует Потребителю и Заказчику оказание стоматологических услуг надлежащего качества.
2. В соответствии с п. 6 ст. 5 Закона РФ от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей» установление гарантийного срока является правом, а не обязанностью Исполнителя.
3. Продолжительность гарантийных сроков, условия гарантийного обслуживания, а также обстоятельства, исключающие возможность такого обслуживания, указываются Исполнителем в Акте об оказанных услугах, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
4. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, а также невыполнения рекомендаций лечащего врача, вероятность которых не могут полностью исключить используемые методы диагностики, лечения и технологии, не являются недостатками качества услуг и расцениваются как непрогнозируемый исход.

**6. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров**

1. Вслучае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством Российской Федерации.
2. Все споры и разногласия, могущие возникнуть в связи с исполнением настоящего договора, Стороны обязуются разрешать в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**7. Заключительные положения.**

1. При заключении настоящего договора Потребителю и Заказчику была предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
2. Подписание Потребителем и Заказчиком настоящего договора означает, в том числе, дачу им согласия на обработку Исполнителем всех персональных данных, предоставляемых Потребителем и Заказчиком в связи с заключением и исполнением настоящего договора.

7.2.1.Подписание Потребителем и Заказчиком настоящего договора означает, в том числе, дачу им согласия на получение информации,

направляемой им на указанные электронный адрес и мобильный телефон.

1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
2. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, оформленному в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**  ООО “ Алые паруса “,214020, г. Смоленск, ул. Шевченко, д.1/35, нежилые помещения (этаж №1, этаж №2),многоэтажного дома, кадастровый номер 67:27:0030367:215 Тел. :8-(4812)-64-62-62  ОГРН 1206700006413, ИНН/КПП 6732194940/673201001, Смоленское отделение №8609 ПАО СБЕРБАНК Р/С 40702810159000012182, БИК 046614632, К/С 30101810000000000632  № ЛО-67-01-001583 от 22 июня 2021 г., выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению.  **Директор** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Желанов Д.В./ | **Потребитель:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения: ..................\_\_\_\_\_\_\_ г.  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: .....................20…..... г.  ................................................................  ................................................................  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Потребитель:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **Заказчик:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения: ..................\_\_\_\_\_\_\_\_г.  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: .....................20…..... г.  ................................................................  ................................................................  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Заказчик:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

С прейскурантом цен на стоматологические услуги ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Экземпляр договора на оказание стоматологических услуг на руки получил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/