

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «КОРАЛЛДЕНТ»

ИНН/КПП 3025033300/302501001 БИК 044525201 ОГРН 1183025003776

р/с 40702810136100031242 в ПАО АКБ “Авангард”, Корр.сч. 30101810400000000201

Юридический адрес: : 414000 г.Астрахань ул. Кирова 54, пом. 51

Фактический адрес: 414000 г.Астрахань ул. Кирова 54, пом. 51, 1 этаж, тел.:(8512)99-45-51

Настоящим подтверждаю ознакомление до подписания договора с тем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

Подпись пациента

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общество с ограниченной ответственностью «Кораллдент» расположено по адресу: г.Астрахань ул.Кирова 54, пом. 51, тел.:(8512)99-45-51, (лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО 30-01-002210 от 16.12.2020 серия МЗ АО №002713: первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии общей практики, стоматологии хирургической, косметологии, детской стоматологии) выданная Министерством здравоохранения расположенным по адресу, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16"В", Тел/факс:(8512) 54-16-19, E-mail:adm@minzdravao.ru, свидетельство о постановке на учет российской организации в налоговом органе серия 30 №001446074 от 6 мая 2011 года, выдано межрайонной ИФНС России №6 по Астраханской области 414024, г. Астрахань, ул. Набережная Приволжского затона, 35/16, тел.:(8512)32-18-00, ОГРН 1043001838550, ИНН/КПП 3017041402/302501001) в лице главного врача Востриковой И.А., действующего на основании Устава и Постановления Правительства РФ от 13.01.1996 г. №27 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и Ф.И.О. именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ.

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

2.1 Исполнитель обязуется в соответствии с медицинскими показаниями, предварительным диагнозом и предварительным планом лечения, внесенным в медицинскую карту Потребителя (Заказчика), а также техническими возможностями Исполнителя оказывать платные медицинские стоматологические услуги Потребителю (Заказчику).

2.2 Исполнитель обязуется до начала лечения предоставить Потребителю (Заказчику) полную информацию:

- о методах диагностики, лечения, анестезии и возможных осложнениях, возникающих в результате лечения;
- о расценках на платные медицинские стоматологические услуги в день обращения;
- о гарантийных сроках лечения и сроках службы стоматологических изделий.

2.3 Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, а также условия, сроки и ориентировочная стоимость предоставления платных медицинских услуг указываются в приложении к данному договору (план лечения).

2.4 Исполнитель не имеет лицензии на экспертную деятельность и не комментирует работу других врачей, оказывающих стоматологические услуги.

2.5 Потребитель (Заказчик) обязуется проинформировать Исполнителя о состоянии здоровья и дать добровольное информированное согласие в письменном виде на проведение Исполнителем диагностических исследований: фотопротокола, терапевтических, ортопедических, ортодонтических, хирургических манипуляций.

2.6 Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные Исполнителем услуги.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

Исполнитель обязан:

3.1 Предоставить Потребителю (Заказчику) высокопрофессиональные стоматологические услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации и в сроки, определенные настоящим договором.

3.2 Предоставить информацию Потребителю (Заказчику) о методах диагностики, плане лечения и альтернативных методах лечения, о видах анестезии, о возможных осложнениях, возникающих в процессе лечения и по окончании лечения, о последствиях отказа от медицинского вмешательства, о гарантийных сроках лечения и сроках службы стоматологических изделий.

3.3 Сообщить Потребителю (Заказчику) о переносе приема на другое удобное для Потребителя (Заказчика) время, в случае отсутствия лечащего врача в запланированный день приема.

3.4 Уведомить Потребителя (Заказчика) об условиях и сроках предоставления платных медицинских услуг.

Потребитель (Заказчик) обязан:

3.5 Записаться на прием и прийти к специалисту ко времени, указанному в визитке или журнале врача.

3.6 Предупредить администратора об отмене или переносе запланированного визита не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа. **В случае не уведомления Исполнитель вправе взыскать стоимость нормо-часа врача по действующему прейскуранту.**

3.7 Сообщить исполнителю достоверные сведения о состоянии своего здоровья.

3.8 Перед началом лечения провести профилактическую профессиональную гигиену.

3.9 Оплатить оказание услуги в полном объеме в порядке и в срок, предусмотренном разделом 4 настоящего Договора.

3.10 В полном объеме соблюдать рекомендации специалиста, полученные после лечения.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

4.1 Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом цен, действующим у Исполнителя на день оказания услуг

4.2 Стоимость работ (услуг) отраженная в плане лечения является ориентировочной. Фактическая стоимость рассчитывается на момент оказания услуги, согласно действующему прейскуранту цен.

4.3 Дата полной оплаты по договору: на терапевтическом и хирургическом приеме - по факту выполненных манипуляций в день выполнения манипуляций.

4.4 При планировании ортодонтического лечения производится предоплата за изготовление ортодонтического аппарата или брекет – системы в размере 100%.

4.5 При планировании имплантации и ортопедического лечения производится предоплата в размере 70% за изготовление ортопедической конструкции. Оплата оставшихся 30% производится после изготовления ортопедической конструкции и установки в полости рта на временный цемент. В случае съемной ортопедической конструкции, после первой примерки.

4.6 В процессе лечения в связи с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе диагностики и т.д.) может возникнуть необходимость в корректировке лечения, что повлечет за собой изменение предварительного плана лечения и общей стоимости услуг. Исполнитель немедленно сообщает об этом Потребителю (Заказчику). Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить разницу плана лечения.) может вносить плату за указанные услуги за наличный расчет (внесение денежных средств в кассу Исполнителя) и безналичным расчетом (перечисление денежных средств на расчетный счет Исполнителя).

5. О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1 Потребитель (Заказчик) согласен на обработку персональных данных. Исполнитель обязуется сохранять конфиденциальность.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1 Ответственность сторон при неисполнении условий настоящего Договора определяется в соответствии с действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ.

7.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

7.2 Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Потребителем (Заказчиком) (Законным представителем).

7.3 Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

7.4 В случае полного отказа Потребителя (Заказчика) (Законного представителя) от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Потребителю (Заказчику) (Законному представителю) возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Потребителю (Заказчику) (Законному представителю) подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

8.1 Потребитель (Заказчик) _____

Адрес места жительства: _____

8.2 Исполнитель: _____ /Вострикова И.А./

Фактический адрес: г. Астрахань ул. Кирова 54, пом. 51, тел.:(8512)99-45-51

9. ПОДПИСИ СТОРОН.

Дата:

Лицо заключающее договор от имени исполнителя:

Должность: Подпись _____

Потребитель (Заказчик): Подпись _____

*Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем или сопровождающим лицом.

**Договор является единицей учета, хранится в архиве ООО «Кораллдент», срок хранения 5 лет.