

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги. Повлечет за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье потребителя

Подпись \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

## ДОГОВОР

### НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

г. Пенза

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дентал-Студио», действующее на основании Устава, ОГРН1045803015686, зарегистрированного 17 апреля 2013 г. в инспекции Федеральной налоговой службы по Первомайскому району. г. Пенза ул. Куйбышева, 13 тел(8-412-58-96-05), Лицензии на право осуществления медицинской деятельности № ЛО41-01166-58/00299135 дата регистрации 08.06.2015 года выдана Министерством Здравоохранения Пензенской области адрес г. Пенза ул. Пушкина 163, тел. (8-412-63-95-80) по адресу г. Пенза ул. Лермонтова, д. 3. На перечень лицензируемых услуг по первичной доврачебной помощи: по сестринскому делу; стоматологии; первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: стоматология терапевтическая, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора ООО «Дентал-Студио» Поляковой Н. В, действующего на основании Устава организации, с одной стороны и (гр.)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_,  
именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет Договора

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе медицинские услуги согласно установленным стандартам и клинических рекомендаций и порядком оказания медицинской помощи, утвержденным МЗ РФ

Стоимость прописана в перечне оказанных услуг и кассовом чеке, которые являются неотъемлемой частью Договора  
Потребителю (пациенту)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. При необходимости оказания дополнительных мед.услуг, их перечень и стоимость указывается в дополнительном соглашении или приложении к договору.

1.3. Мед.услуги оказываются медицинским работником \_\_\_\_\_, имеющим профессиональное образование \_\_\_\_\_, квалификацию \_\_\_\_\_

#### 2. Стоимость услуг и порядок расчётов

2.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утвержденному Исполнителем.

2.2. Общая стоимость услуг, указанных в п. 1.1 Договора, составляет \_\_\_\_\_ руб.

2.3. Потребитель оплачивает 100% стоимости медицинских услуг в день предоставления платной медицинской услуги.

#### 3. Сроки исполнения

3.1. Срок оказания услуг, указанных в п. 1.1 договора, составляет \_\_\_\_\_ календарных дней.

3.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

#### 4. Права и обязанности Сторон

##### 4.1. Потребитель (Пациент) имеет право:

4.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.

4.1.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.

##### 4.2. Потребитель (Пациент) обязуется:

4.2.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), указанную в п. 1.1 Договора, рассчитанную согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения договора.

4.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

##### 4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Определять длительность лечения, объём медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии со здоровьем Пациента;

4.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования оказания медицинской помощи.

4.3.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом и Заказчиком.

#### 4.4. Исполнитель обязан

4.4.1. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации;

4.4.2. По требованию заказчика предоставлять смету на оказываемые медицинские услуги.

#### 4.5. Пациент(потребитель) имеет право:

4.5.1. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.5.2. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

#### 4.6. Пациент(потребитель) обязуется:

4.6.1. Выполнять назначения лечащего врача.

4.6.2. Сообщать лечащему врачу необходимые сведения о состоянии своего здоровья.

### 5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несёт ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);

### 6. Конфиденциальность

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

6.2. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

6.4 Пациенту или его законному представителю могут быть предоставлены копии и выписки из медицинских документов без взимания дополнительной платы в оговоренные законом сроки.

### 7. Дополнительные условия

7.1. Заказчик (Пациент) уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Заказчик (Пациент) согласен получить медицинскую помощь на платной основе.

7.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Заказчиком (Пациентом) самостоятельно, в счёт оказанных медицинских услуг не включается.

7.3. Согласие Потребителя (Пациента) на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие потребителя (Пациента) на оплату этой услуги.

7.4. Всё остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации

7.5 Договор может быть заключен дистанционным способом посредством электронной почты.

### 9. Реквизиты сторон

**Исполнитель: ООО «Дентал-Студио»**

Адрес: юр.440026 г. Пенза

Адрес: факт.г. Пенза ул. Лермонтова.3

тел.56-23-37


ИНН5836621433

КПП583701001

Банк ПАО « Кузнецкий»

р/с40702810600010000184

Эл почта: dental-studio@mail.ru

Подпись руководителя 

М.П.

**Потребитель(пациент)**

ФИО \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

конт. тел. \_\_\_\_\_

эл. почта \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

АКТ  
Выполненных работ ООО «ДЕНТАЛ-СТУДИО»

г. Пенза

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Потребитель (пациент) и Учреждение пришли к соглашению, что услуги по договору выполнены в полном объёме и с хорошим качеством.

Потребитель(пациент) претензий не имеет.

Врач ООО «ДЕНТАЛ-СТУДИО» \_\_\_\_\_

Потребитель(пациент) \_\_\_\_\_

Гарантия на срок \_\_\_\_\_

