

ООО «СитиМед»
Юр.адрес:121165, г.Москва, Студенческая ул., д.26
Факт.адрес:121165, г.Москва, Студенческая ул., д.26

ИНН / КПП 7701957908 / 773001001
БИК 044525787
р/с 40702810300180003436
к/с 3010181010000000787
ОАО «Банк Уралсиб» г. Москва

тел: 7(925) 771-71-71
тел: 7(495) 66-44-608
тел: 7(495) 374-70-10,

ДОГОВОР

на оказание медицинских (стоматологических) услуг

г. Москва _____

Стоматологическая клиника ООО "СитиМед" (в дальнейшем «Исполнитель»), лицензия №ЛО-77-01-011039 от 08 октября 2015 г., в лице Генерального директора **Викол Е. П.**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Ф.И.О.** (в дальнейшем «Пациент»), с другой стороны, заключили настоящий Договор на оказание стоматологических услуг.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию консультационной, профилактической, лечебно-диагностической, зубопротезной помощи (далее по тексту - стоматологических услуг).
- 1.2. Пациент получает и оплачивает медицинские услуги, оказанные Исполнителем в соответствии с прейскурантом цен, установленным Исполнителем.
- 1.3. Исполнитель оказывает стоматологические услуги по адресу: г. Москва, Студенческая ул., д.26, помещение 2
- 1.4. В медицинской карте Пациента от "_____" _____ 20__ г. N _____ указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный совместно с Пациентом План оказания стоматологических услуг, содержащий описание стоматологических услуг и сроки их оказания

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1.

Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных стоматологических услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, о предоставляемых Исполнителем скидках, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.2. Обеспечить оперативную и качественную консультационную, профилактическую, лечебно-диагностическую, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Оказывать стоматологические услуги, предусмотренные в п.1.1. Договора с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки.

2.1.3. Ознакомить Пациента с порядком и Планом оказания стоматологических услуг.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить это в медицинской карте Пациента с обязательной подписью Пациента.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом.

2.1.6. Не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о факте обращения гражданина за оказанием стоматологических услуг, состоянии его здоровья, диагнозе иных сведений, полученных при медицинском обследовании) за исключением случаев, когда предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается в соответствии с законодательством РФ.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках Плана лечения.

2.2.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для эффективного выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.2.3. Отказать либо перенести время приема Пациента в случае:

- нахождения Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;
- нарушения Пациентом общественного порядка, выражающегося в явном неуважении к персоналу Исполнителя, сопровождающемуся нецензурной бранью в общественных местах, а также уничтожением и повреждением чужого имущества;
- требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте.
- опоздания на прием более 20 минут против назначенного времени.

2.2.4. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.2.5. Получать оплату за оказание стоматологические услуги по настоящему Договору.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Сообщить врачу о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.), а так же о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контактах с инфекционными больными, употреблении алкоголя и наркотических веществ в последние 48 часов. В случае несообщения Исполнитель снимает с себя ответственность, а Пациент несет ответственность в установленном Законом РФ порядке.

2.3.2. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление стоматологических услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, а также выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя;

2.3.3. Являться на лечение четко в установленное время, предварительно согласованное с Исполнителем;

2.3.4. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные плановые приемы;

2.3.5. Являться для прохождения обязательного бесплатного полугодового профилактического осмотра.

2.3.6. Предупредить по телефону, указанному в настоящем Договоре, администратора Исполнителя о невозможности явки на прием не позднее чем за 6 часов до начала приема.

2.3.7. Своевременно оплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в сроки и в порядке, предусмотренном настоящим Договором. (п. 5)

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получить информацию об объеме, стоимости предоставляемых Исполнителем стоматологических услуг в том числе получать по запросу у Исполнителя выписку из своей медицинской карты касательно проведенного и/или проводимого лечения (в бумажном и/или электронном виде), а также результаты рентгенографии и других исследований, имеющиеся у Исполнителя фотоматериалы, связанные с процессом лечения (в том числе и в цифровом формате - при их наличии).

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии полной оплаты оказанных услуг и всех понесенных расходов Исполнителем на момент отказа.

2.4.3. Получить от Исполнителя в доступной форме информацию о возможных последствиях отказа Пациента от медицинского вмешательства.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, указанных в настоящем Договоре, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

В данном случае Заказчик возмещает Исполнителю все фактически понесенные им расходы.

3.3. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (несоблюдение гигиены полости рта, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонения в состоянии здоровья)

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Карте общего состояния здоровья;

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента;

- если Пациент не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья, предусмотренную п. 2.3.1 настоящего Договора;

- неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом указаний лечащего врача;

- неисполнения, несвоевременного исполнения Пациентом условий оплаты, предусмотренных настоящим договором

3.4. Пациент несет ответственность за предоставление недостоверной информации, невыполнение рекомендации и указаний лечащего врача, опоздание на прием к врачу, несвоевременную и неполную оплату стоматологических услуг.

3.5. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

3.6. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения стоматологических услуг Пациент вправе по своему выбору:

- согласовать с Исполнителем новый срок оказания стоматологических услуг;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий договор.

3.7. При отказе от продолжения получения услуг Исполнителя, Пациент оплачивает стоимость выполненных работ на момент отказа.

3.8. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 30 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

4. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

4.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, будут разрешаться путем переговоров между Сторонами.

4.2. Претензионный порядок рассмотрения спора обязателен. При неисполнении или ненадлежащем исполнении Сторонами обязательств по настоящему Договору, Сторона, планирующая обратиться в суд, обязана предъявить другой Стороне претензию в письменном виде с приложением документов, необходимых для ее рассмотрения по существу.

4.3. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее в срок, не более 20 (Двадцати) календарных дней с даты получения претензии, в соответствии с порядком рассмотрения претензий, установленным законодательством РФ для хозяйствующих субъектов.

4.4. При полном или частичном отклонении претензии или неполучении ответа в установленный для ее рассмотрения срок, Сторона, предъявившая претензию, имеет право предъявить иск в суд в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

5.1.

Пациент осуществляет оплату терапевтических и хирургических услуг в соответствии с Прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем на дату оказания стоматологических услуг.

5.2. Пациент осуществляет 100% предоплату ортопедических и/или ортодонтических услуг. Внесение предоплаты возможно в следующем порядке:

- предоплата в размере 50% стоимости ортопедических и/или ортодонтических услуг вносится до начала оказания услуг.

- предоплата оставшихся 50% стоимости ортопедических и/или ортодонтических услуг должна быть осуществлена до сдачи ортопедической и/или ортодонтической конструкции пациенту.

5.3. В случае отказа от лечения, Пациенту предоплата возвращается, за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителем.

5.4. При неоднократном нарушении п.2.3.5., п. 2.3.6. и п. 2.3.7, Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении скидок

5.5. Оплата за стоматологические услуги уплачивается путем внесения денежных средств в кассу, или перечислением на р/с Исполнителя.

5.6. Факт оказания услуг Исполнителем подтверждается актом сдачи-приемки оказанных стоматологических услуг, который подписывается сторонами в день полного оказания Пациенту услуг в соответствии с Планом оказания стоматологических услуг.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1.

Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и будет действовать в течение 12 месяцев. В случае, если за 30 дней до окончания срока действия Договора ни одна из Сторон не заявила о намерении прекратить его действие, Договор считается пролонгированным на тех же условиях, на каждые последующие 12 месяцев, пока одна из Сторон не направит Уведомление о расторжении настоящего Договора.

6.2. Стороны вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке при условии предварительного письменного уведомления о таком расторжении другой Стороны не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней, либо по взаимному согласию Сторон. Прекращение действия настоящего Договора или его расторжение не освобождает Стороны от ответственности за его нарушение, если таковое имело место.

7. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

7.1.

Исполнитель предоставляет гарантию Пациенту на выполненные стоматологические услуги на сроки:

- одиночные пломбы - 1 год;

- первичное эндодонтическое лечение - 1 год;

- терапевтические работы - 1 год;

- ортопедические работы - 1 год;

- съемное протезирование -1год (по окончании гарантийного срока – починки за счет пациента);

- сложные комбинированные работы (бюгельный протез + металлокерамика) 1год

- установка скайса – 3 месяца;

7.2. На хирургическое и ортодонтическое лечение гарантийный срок не устанавливается.

7.3. Все гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом п.2.3 настоящего Договора, регулярном прохождении профилактического осмотра (один раз в 6 месяцев) и проведении профессиональной гигиены полости рта.

7.4. Пациент теряет право на гарантию, если он не явился на обязательный бесплатный полугодовой профилактический осмотр, не выполнял все указания лечащего врача.

8. СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СООБЩЕНИЙ ПО ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЕ, SMS СООБЩЕНИЙ И ЗВОНКОВ НА МОБИЛЬНЫЙ ТЕЛЕФОН

Подписывая настоящий Договор, Пациент выражает свое согласие на получение от Исполнителя сообщений по электронной почте, на указанный Пациентом мобильный телефон (голосовые звонки или SMS сообщения), содержащие информацию о текущих назначениях, направлениях на профилактический осмотр, о продуктах, услугах, специальных предложениях Исполнителя Ваш e-mail, номер мобильного телефона не будет передан 3-им лицам. Предоставляя свой e-mail адрес, номер мобильного телефона Пациент соглашается на получение писем и сообщений маркетингового характера от Исполнителя.

Электронный адрес Пациента: _____

Номер мобильного телефона: _____

9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Подписывая настоящий договор, Пациент выражает свое согласие Исполнителю на сбор и доступ к своим персональным данным, необходимым в соответствии с законодательством для осуществления Исполнителем персонализированного учета при оказании им стоматологических услуг.

В случае изменения персональных данных Пациент обязан уведомить об изменениях Исполнителя в письменном виде в течение десяти рабочих дней или в момент приема.

Исполнитель подтверждает, что сведения о персональных данных Пациента, которому оказываются стоматологические услуги, относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО "СитиМед"

Юр. Адрес: 121165, РФ, г. Москва, ул. Студенческая, д.26

р/с 40702810300180003436 к/с 30101810100000000787 в ОАО «Банк Уралсиб»

БИК 044525787

ИНН\КПП 7701957908\ 773001001

Тел. 7(495)374-70-10, 7(499)766-11-78

www.kamertodont.ru

Генеральный директор ООО "СитиМед" _____ / Викал Е.П. /

М.П.

ПАЦИЕНТ

Ф.И.О.: _____

История болезни № (_____)

Серия и номер паспорта: _____

Адрес: _____

Тел. :

Подпись _____ / Ф.И.О./