

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Челябинск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «**ЦЕНТРАЛЬНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ**», именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице директора Путкова Владимира Павловича, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-74-01-003971 от 10.02.2017 года на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 с одной стороны и _____

Именуемый (ая) в дальнейшем **ПАЦИЕНТ**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает стоматологическую помощь **ПАЦИЕНТУ**, а именно: осуществляет качественное лечение и протезирование в соответствии с предварительным диагнозом.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется:

- осуществить в оговоренное с **ПАЦИЕНТОМ** время осмотр **ПАЦИЕНТА** для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать **ПАЦИЕНТА**.

2.2. **ПАЦИЕНТ** обязуется:

2.2.1. Оплатить стоимость оказанных услуг после каждого посещения.

2.2.2. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.2.3. Выполнять все рекомендации врача и лечащего персонала.

2.2.4. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.

2.2.5. В случае возникновения каких-либо недостатков в процессе пользования пломбами или зубными протезами в течение гарантийного срока немедленно обратиться к **ИСПОЛНИТЕЛЮ**, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ

3.1. Стоимость услуг определяется по прейскуранту цен на стоматологические услуги, с которыми **ПАЦИЕНТ** знакомится предварительно.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае предоставления стоматологических услуг ненадлежащего объема и качества **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

4.2. При возникновении медицинских осложнений по вине **ПАЦИЕНТА** из-за несоблюдения гигиенических мероприятий, регулярных неявок **ПАЦИЕНТА** на взаимосогласованные приемы **ИСПОЛНИТЕЛЬ** не несет финансовой ответственности.

5. УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ

5.1. В случае возникновения разногласий между **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** и **ПАЦИЕНТОМ** по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путем переговоров с привлечением заведующего отделением или главного врача **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, а в случае

несогласования одной из сторон с результатами переговоров спор рассматривается экспертными комиссиями.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе предложить **ПАЦИЕНТУ** другого врача для проведения лечения и протезирования.

6.2. Необходимые дополнительные виды лечения и диагностические мероприятия будут осуществляться соответствующими специалистами **ИСПОЛНИТЕЛЯ**.

6.3. При отсутствии возможностей у **ИСПОЛНИТЕЛЯ** для проведения консультационных, диагностических и лечебных манипуляций, последний вправе направить **ПАЦИЕНТА** в иную медицинскую организацию.

6.4. Договор заключается с согласия в 2-х экземплярах.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания.

7.2. Срок действия до 31.12.20__г.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Центральная стоматология»

Адрес:

454092, г. Челябинск, ул. Курчатова, 28

Телефон:

8 (351) 200-34-34

ПАЦИЕНТ

Адрес: _____

Паспорт: _____

(подпись)

(подпись)