



ДОГОВОР

на оказание платных стоматологических услуг несовершеннолетнему/недееспособному гражданину

г. Пермь

« _____ » _____ 201_ г.

Гражданин (ка) _____, далее «Заказчик», действующий(ая) в интересах ребенка (до 15 лет)/недееспособного гражданина _____, далее «Потребителя», и ООО «Гутен Таг», в лице исполнительного директора Хомутских Натальи Вячеславовны, действующей на основании Доверенности от 24 августа 2011 года, далее – «Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю комплекс платных медицинских услуг в соответствии с Лицензией № ЛО-59-01-001068, выданной 23.08.2011г. Минздравом Пермского края /г.Пермь, ул.Ленина,51, тел. (342) 217-79-00/, являющейся приложением №1 к настоящему договору, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги Исполнителя в сроки и на условиях настоящего договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить достоверную информацию о режиме работы, перечне услуг с указанием стоимости, стандартах и порядке оказания медицинской помощи Исполнителем, Положении о гарантийных сроках и сроках службы.

2.1.2. Осуществить диагностическое обследование в оговоренные с Заказчиком и Потребителем сроки с внесением результатов обследования, предварительного диагноза в медицинскую карту стоматологического больного, а в случае необходимости обследования либо лечения Потребителя у иных специалистов - предложить сторонам этот вариант

2.1.3. Проинформировать Заказчика и Потребителя на основании результатов обследования: о выявленной патологии, диагнозе, существующих методах лечения, их преимуществах и недостатках; сути предстоящего вмешательства, рисках, связанных с вероятностью развития возможных осложнений и дискомфортом в процессе лечения, прогнозе лечения. Определить примерную стоимость и сроки выполнения различных вариантов оказания медицинских услуг.

2.1.4. Предоставить и согласовать с Заказчиком (устное согласие допускается) комплексный план лечения, направленный на восстановление полной (достаточной) жевательной эффективности и состоящий из планов лечения по специальностям. План лечения по специальности включает в себя перечень и стоимость медицинских услуг. План может быть составлен только после проведения полного диагностического обследования.

2.1.5. Выполнить план лечения в сроки согласованные с Заказчиком и Потребителем при соблюдении ими рекомендаций врача и сроков явки на прием.

2.1.6. Немедленно предупредить Заказчика и Потребителя об обстоятельствах, грозящих качеству конечного результата оказываемых медицинских услуг, либо создающих невозможность оказания их в срок, а именно:

- невыполнение индивидуального плана лечения в установленные сроки;
- невыполнение назначений лечащего врача;
- неудовлетворительный уровень гигиены полости рта;
- изменения в организме (болезнь, беременность, лактация, травма, приём лекарственных препаратов и другие);
- болезнь лечащего врача;
- иные непредвиденные обстоятельства.

2.1.7. Проинформировать Заказчика и Потребителя о правилах эксплуатации пломбы, искусственной коронки, несъёмных и съёмных зубных протезов, имплантатов и других изделий, установленных в результате оказанной медицинской услуги.

2.1.8. Установить гарантийный срок на выполненные услуги от 30 дней до 5 лет согласно норм Положения о гарантийных сроках и сроках службы, если сроки не указаны в карте, то принимаются как 30 дней. Гарантийные обязательства выполняются Исполнителем при соблюдении следующих условий:

- Потребитель выполняет все рекомендации лечащего врача, в том числе и по гигиене полости рта.
- Потребитель регулярно проводит у Исполнителя мероприятия по профессиональной гигиене полости рта, с периодичностью указанной в амбулаторной карте, но не менее 2-х раз в год.
- В случае дискомфорта после проведенного лечения либо во время лечения Потребитель незамедлительно обращается к Исполнителю и не проводит мероприятия по коррекции работы, выполненной Исполнителем, до посещения Исполнителя.
- у Потребителя отсутствуют, либо не возникают вновь такие состояния организма, которые прямо либо косвенно влияют, либо могут повлиять на состояние полости рта, как-то - длительный прием лекарств, воздействие вредных факторов, заболеваний и состояний (остеопороз, новообразования и т.п.) беременность и т.п.

Гарантийные обязательства не выполняются Исполнителем при действиях Заказчика и Потребителя, ухудшающих состояние полости рта. При выявлении вышеперечисленных факторов, гарантийные сроки, принятые в Клинике Исполнителя на конкретные виды услуг, могут быть изменены в одностороннем порядке Исполнителем.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Направлять Заказчика и Потребителя в другие медицинские учреждения для дополнительной диагностики или лечения, необходимых для оказания услуг.

2.2.2. Отказать Заказчику и Потребителю в оказании услуг при наличии противопоказаний к желаемым лечебно-диагностическим мероприятиям, невыполнении рекомендаций Исполнителя, отказе от подписания настоящего Договора, пребывании в состоянии любого опьянения, задолженности перед Исполнителем.

2.2.3. Сократить на время опоздания продолжительность оказания услуги без изменения её стоимости, либо отказать в её проведении, перенести на новый срок, в случае, если оставшееся время не позволит оказать услугу с надлежащим качеством и осмотрительностью. Задержать или перенести по уважительным причинам прием, предупредив пациента.

2.2.4. Отказаться от исполнения договора и потребовать возмещения причинённых его прекращением убытков, если Заказчик и Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное предупреждение со стороны Исполнителя, не приняли никаких мер для устранения обстоятельств, грозящих качеству конечного результата оказываемых медицинских услуг.

2.2.5. Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае неявки на приём дважды без предварительного уведомления Исполнителя не менее чем за 6 часов до назначенного времени приёма.

2.3 Заказчик и Потребитель имеют право:

2.3.1. Получить в доступной форме полную и достоверную информацию о состоянии полости рта, о процессе лечебно-диагностических мероприятий, альтернативных методах лечения, индивидуальный план лечения.

2.3.2. Получить сведения об Исполнителе, режиме работы и оказываемых услугах, о порядках и стандартах медицинской помощи, Положении о гарантийных сроках и сроках службы, наличии лицензий и сертификатов, о стоимости услуг.

2.3.3. Выбрать лечащего врача из числа врачей Исполнителя, а также поменять врача в процессе лечения, либо отказаться от предложенных услуг и получить оплату, аванс, за вычетом стоимости оказанных услуг и понесенных Исполнителем расходов, изменить время приема не позднее 6 часов до его начала.

2.3.4. Предъявить требования, связанные с ненадлежащим качеством оказанных стоматологических услуг, назначить Исполнителю разумный срок для устранения недостатков, а при неисполнении - отказаться от договора и поручить исправление недостатков другому стоматологическому учреждению.

2.4. Заказчик и Потребитель обязаны:

2.4.1. Предоставлять всю необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя и его изменениях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг. Информация о состоянии здоровья предоставляется Заказчику либо с его разрешения другим лицам (если отсутствует письменное поручение Заказчика, то лицу, сопровождающему Потребителя).

2.4.2. Выполнять все назначения и рекомендации лечащего врача, своевременно являться на приемы и осмотры. Не позднее 12 часов до приема подтвердить своё прибытие, в случае невозможности явки сообщить об этом не позднее, чем за 6 часов до назначенного времени приёма.

2.4.3. Ознакомиться со стандартами и порядком оказания медицинской помощи, Положением о гарантийных сроках и сроках службы, прейскурантом Исполнителя.

2.4.4. Заказчик обязан удостоверить личной подписью следующее: достоверность сведений о здоровье, факт согласия с планом и стоимостью лечения, факт надлежащего оказания услуги и другие указанные врачом факты. В случае отсутствия подписи Заказчика все указанные сведения считаются надлежащими и согласованными.

2.4.5. Заказчик обязан своевременно оплачивать предоставляемые медицинские услуги в порядке, предусмотренном настоящим договором, по ценам действующего прейскуранта Исполнителя.

2.4.6. Заказчик обязан подписать Акт выполненных услуг в день окончания оказания услуг либо предоставить мотивированный отказ от его подписания в течение пяти календарных дней с момента окончания оказания спорной услуги, в противном случае услуга считается надлежаще оказанной, а Акт - подписанным Заказчиком.

3. СТОИМОСТЬ И УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ.

3.1. Цена стоматологических услуг определяется по действующему на момент оплаты Прейскуранту Исполнителя.

3.2. При безналичных расчетах датой оплаты считается день зачисления денег на счет Исполнителя.

3.3. Оплата услуг по терапевтической и хирургической стоматологии производится по факту в день получения услуги, по ортопедической стоматологии, ортодонтии -услуги оплачиваются на условиях 100% предоплаты: 50% суммы в день начала оказания услуги, 50% суммы до фиксации конструкции .

3.4. При лечении по полису ДМС Заказчик несет солидарную ответственность со страховщиком по оплате лечения.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг. Заказчик и Потребитель несут ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензионный порядок является обязательным, срок ответа на претензию не более 1 месяца.

4.2. Заказчик и Потребитель добровольно соглашаются на оказание платных медицинских услуг Исполнителем, осознавая, что данные услуги он может получить в рамках ОМС в другом медицинском учреждении.

4.3. Заказчик и Потребитель, подписанием настоящего договора дают исполнителю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных, передачу данных третьим лицам в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", иными федеральными нормативными правовыми актами, законами и иными нормативными правовыми актами Пермского края, регулирующими порядок информационного обмена в целях исполнения настоящего договора. Согласие на обработку персональных данных действует на период действия настоящего договора.

Исполнитель уведомил противоположную сторону о наличии видеонаблюдения в клинике Исполнителя.

4.4. Стороны определили, что в случае утери документов (чеков, актов и т.д.), свидетельствующих об исполнении сторонами настоящего договора, либо отмены (непосещения) приема более 2-х раз Заказчиком, Исполнитель имеет право взыскать штрафную неустойку в сумме 1000,0 (одна тысяча) рублей за каждый утерянный документ, 3000,0(три тысячи) рублей за отмененный визит.

5.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует бессрочно. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по заявлению любой стороны, при этом инициатор расторжения компенсирует другой стороне фактически понесенные ею расходы. Подписанием настоящего договора стороны прекращают все ранее существовавшие договоренности, в том числе и ранее заключенные договоры.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (по одному для каждой стороны), имеющих равную юридическую силу. Изменения к договору согласовываются сторонами и оформляются в письменном виде.

6.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ. В случае изменения реквизитов, указанных в настоящем договоре стороны незамедлительно извещают друг друга: Исполнитель указанием на сайте, а Заказчик – письмом.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель:

ООО «Гутен Таг»

ИНН 5902867665 КПП 590201001

Свидетельство ОГРН 1105902009454 от 22.09.2010г.

серия 59№ 003980271

Адрес 614000 г. Пермь ул. Петропавловская,29.

Р/сч.40702810400000004651 в ОАО АКБ «Урал ФД»

БИК 045773790

к/сч.30101810800000000790

ОКПО 67282634 ОКАТО 57401000000

ОКВЭД 85.13

Тел. (342)212-20-00, факс 212-99-90.

сайт www.medgut.ru

Хомутских Н.В.

мп

Заказчик:

ФИО _____

_____ г.рождения, место рождения _____

паспорт _____

адрес _____

тел. _____

_____ подпись

Потребитель:

_____ г.рождения, место рождения _____

адрес _____

тел. _____