

ДОГОВОР На оказание медицинских услуг

г.Тверь

« _____ » _____ 20 ____ г.

ООО «Стоматологическая клиника В.М.Дурова «Приват–практика», имеющее государственную лицензию № ЛО-69-01-001525 от 10 декабря 2014 года на право осуществления медицинской деятельности(стоматология терапевтическая, ортопедическая, хирургическая, стоматология общей практики, ортодонтия, рентгенология) , выданную Министерством здравоохранения Тверской области(170000 г.Тверь, ул.Советская, тел.(4822)32-35-83), ОГРН №1066950063575 (Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 10 по Тверской области, 170043, г.Тверь, Октябрьский проспект,д.26, тел.37-10-10),свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц за регистрационным № 20969552333840(выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Тверской области от 28.10.2009 г.(170043, г.Тверь, Октябрьский проспект,д.26, тел.37-12-01),именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Дурова Владимира Михайловича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданина (ки)

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая клиника В.М.Дурова «Приват-практика»
- 1.2. «Исполнитель» обязуется провести качественное обследование и лечение, а «Потребитель» обязуется оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с действующим прейскурантом и на условиях, предусмотренных настоящим договором.
- 1.3. Виды оказываемых услуг определяются по соглашению сторон, в результате чего «Исполнитель» обязуется оказать медицинские услуги в соответствии с актом выполненных работ.
- 1.4. Заказчик получает информацию о предстоящем лечении и подписанием настоящего договора дает согласие на оказание платных медицинских услуг.

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 2.1. Стоимость услуг определяется действующим прейскурантом цен и оговариваются с «Потребителем» до заключения договора.
- 2.2. Оказанные услуги оплачиваются по факту исполнения, в соответствии с актом выполненных работ, заверенным лечащим врачом, наличными денежными средствами в кассу исполнителя, либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт «Исполнителя» (по выбору «Потребителя»).

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 3.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. «Исполнитель» обязуется:

- 4.1.1. Информировать «Потребителя» о предстоящем лечении и о гарантиях на

используемые материалы.

4.1.2. Ознакомить с возможными осложнениями, побочными эффектами, временным дискомфортом, которые могут возникнуть в результате лечения. Согласовывать с «Потребителем» необходимость и целесообразность проведения дальнейшего лечения.

4.1.3. Осуществлять необходимые обследования для постановки диагноза и планирования лечения;

4.2. *«Исполнитель» имеет право:*

4.2.1. Назначить для продолжения лечения другого врача, в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача при письменном согласии «Потребителя».

4.2.2. Отказать в проведении лечебно - диагностических услуг в случае невыполнения «Потребителем» требования лечащего врача, при выявлении у пациента противопоказаний к проведению лечебно - диагностических мероприятий.

4.3. *«Потребитель» обязуется:*

4.3.1. Оплатить стоимость, предоставляемой медицинской услуги;

4.3.2. Выполнять требования обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

4.3.3. Оплатить полную стоимость убытков и ущерба, нанесенного им «Исполнителю».

4.4. *«Потребитель» имеет право:*

4.4.1. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

4.4.2. Выбирать специалиста на предоставление услуги;

4.4.3. Получать письменные рекомендации и назначения лечащего врача, заключения с указанием перечня полученных процедур, лечебных мероприятий;

4.4.4. На полное возмещение причинённых убытков и ущерба в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

4.4.5. Отказаться от получения медицинской услуги в любое время при условии полной оплаты «Исполнителю» фактически понесённых им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В случае ненадлежащего исполнения договора одной из Сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой Стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

5.2. Претензии и споры, возникающие между «Исполнителем» и «Потребителем» разрешаются соглашением Сторон, обращением в вышестоящие инстанции или в судебном порядке.

5.3. «Исполнитель» гарантирует срок службы вылеченного зуба (изготовленного протеза) сроком на 1 год с момента завершения лечения.

6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. В случае невыполнения «Потребителем» двух и более раз письменных рекомендаций и требований лечащего врача, «Исполнитель» вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке.

6.2. «Потребитель» вправе расторгнуть Договор также по своему усмотрению в случае, если им не обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора, оплатив при этом фактически оказанные медицинские услуги.

6.3. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон согласно пункту 7.3.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящая гарантия по данному договору начинает действовать с «__» __ 20__ г. и

до «_»_20__ г.

7.2. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющую одинаковую юридическую силу, по экземпляру для каждой из Стороны.

7.3. Изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они оформлены в письменной форме, подписаны обеими сторонами, и являются неотъемлемой частью настоящего договора

7.4. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

«Потребитель»

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

паспорт серии _____ N _____

выдан "____" _____ 20__ г.

код подразделения _____

тел.: _____

Подпись _____

(расшифровка подписи)

«Исполнитель»

ООО"Стоматологическая клиника

В.М.Дурова "Приват-практика"

ОГРН 1066950063575

ИНН/КПП 6950014669/695001001,

170001, г.Тверь, пр-т Калинина, д 3, пом.Х1

Тел.(4822) 339-481, 507-607

р/с 40702810700000003226 в ОАО

"Тверской городской банк"

170000, Тверь, пр-т Чайковского д.1, корп.2

корр/с 30101810100000000790

в ГРКЦ ГУ ЦБ РФ по Тверской обл.

БИК 042809790 ИНН 6901001949.

Генеральный директор

_____(В.М.Дуров)