

Фамилия, Имя, Отчество

именуемый в дальнейшем «Пациент», действующий от своего имени, с одной стороны, и ООО «Жемчужинка», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ольги Юрьевны Симоновой, действующей на основании приказа № 41 от 25.11.2019г., действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту _____ стоматологические услуги, а Пациент обязуется оплатить стоимость этих услуг в соответствии с действующим прейскурантом и чеком об оплате.

1.2. Стоматологическая услуга определяется лечащим врачом в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, который основан на медицинских показаниях и согласован с Пациентом.

2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1. Предоставить Пациенту необходимую и достоверную информацию об оказываемых Исполнителем стоматологических услугах, применяемых материалах, предстоящих манипуляциях, обеспечивающую возможность их правильного выбора.

2.2. Обеспечить Пациенту высокий уровень качества лечения в комфортных условиях, с применением необходимых обезболивающих средств.

2.3. Обеспечить прием Пациента точно в согласованное для лечения время и поручить лечение врачу-стоматологу-хирургу _____, кандидатура которого согласована сторонами. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача Исполнитель вправе заменить его доктором соответствующего уровня квалификации.

2.4. Предоставить Пациенту необходимую и достоверную информацию о правилах и условиях, которые необходимо соблюдать для достижения успешного результата лечения, разъяснить возможные осложнения, связанные с анатомо-физиологическими особенностями Пациента.

3. ПАЦИЕНТ ОБЯЗАН:

3.1. Предоставить Исполнителю необходимую и достоверную информацию о состоянии своего здоровья в соответствии с картой опроса.

3.2. Оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим договором.

3.3. Выполнять все предписанные Исполнителем мероприятия по соблюдению гигиены полости рта и профилактические мероприятия, рекомендованные лечащим врачом.

3.4. Являться на прием к врачу в строго согласованное время. При невозможности прибыть в кабинет Исполнителя в согласованное время Пациент обязан поставить в известность администратора клиники или лечащего врача не позднее, чем за 12 часов до назначенного времени приема.

3.5. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:

- сообщенные сведения о своем здоровье,
- факт добровольного информированного согласия на все проводимые манипуляции,
- факт получения сведений о возможных рисках при лечении.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Пациент уплачивает Исполнителю стоимость указанных ему медицинских услуг, предусмотренным прейскурантом, действующим на момент лечения и в соответствии с кассовыми чеками, являющимися неотъемлемыми частями настоящего договора.

4.2. Оплата производится в рублях, в наличной или безналичной форме.

4.3. Пациенту могут быть предоставлены скидки на оплату услуг в соответствии с действующими правилами, дисконтной программой или по усмотрению лечащего врача.

5. КАЧЕСТВО РАБОТЫ

5.1. Исполнитель гарантирует Пациенту качество выполнения всех предусмотренных настоящим

договором услуг на уровне действующих стандартов, наличие всех необходимых для достижения успешного результата лечения медикаментов и оборудования.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору только при наличии вины.

6.2. При одностороннем отказе Пациента от выполнения предусмотренных настоящим договором услуг в любой стадии их исполнения, Пациент уплачивает Исполнителю стоимость фактически понесенных расходов (ст. 782 Гражданского Кодекса РФ).

6.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору лишь при условии полного возмещения Пациенту убытков.

6.4. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате Пациентом в полном объеме.

6.5. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

6.6. В случае, предусмотренном п. 7.1. Пациент обязан возместить Исполнителю расходы, понесенные в данной ситуации.

7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Если в курсе лечения возникает непредвиденная ситуация, исключающая возможность согласования с Пациентом врачебных манипуляций и иных действий, Исполнитель вправе действовать самостоятельно, исходя из интересов сохранения здоровья и причинения наименьшего вреда Пациенту.

7.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Все рентгеновские снимки, выполненные Исполнителем, являются неотъемлемой частью медицинской карты и остаются в собственности Исполнителя. Копии рентгеновских снимков могут быть выданы по запросу Пациента.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника: ООО «Жемчужинка»
Юр.адрес: 617060, г.Краснокамск, ул.Уральская, д.3
Фактич. адрес: _____

ИНН 5916017805, ОГРН 1065916019355

р\с 40702810549770032316

к\с 30101810900000000603, БИК 04220203

Волго-Вятский банк ПАО СБ г.Нижний Новгород

Тел. **8(94273)7-44-01** администратор кабинета

Тел. **8(800) 201-45-25** бесплатный номер

Электронный адрес: clinica@unodenta.com

Сайт www.unodenta.com

Главный врач О.Ю.Симонова

Подпись _____ О.Ю.Симонова

мп

Пациент:

Адрес

Телефон

Я так же выражаю свое согласие на осуществление **обработки** (сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование) автоматизированным способом **своих персональных данных** (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефона, информации о месте работы и должности). Получать путем SMS рассылки информацию о новых методах лечения и услугах предоставляемых клиникой. В случае оказания стоматологических и медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленным в страховых компаниях с которыми Клиника имеет действующие договоры (соглашения), выражаю свое согласие на передачу моих персональных данных указанным страховым компаниям.

Фамилия Имя Отчество (полностью) и личная подпись пациента