**Общество с ограниченной ответственностью «Фаидент»**

**197375, г.Санкт-Петербург, улица Репищева, д.10, корп.2,лит.А, помещение 27Н**

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**На оказание стоматологических услуг**

**г.Санкт-Петербург** **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Фаидент», лицензия, **ЛО41-01148-78/00351096** именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Генерального директора Андреевой Е.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин(ка) (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные стоматологические услуги (далее по тексту-услуги), а Пациент обязуется своевременно оплачивать оказанные услуги на условии настоящего Договора.

2. **Обязанности Сторон** 2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования.

2.1.2. По результатам обследования предоставить Пациенту полную и достоверную информацию о состоянии полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, операции, медикаментов, материалов и составить для Пациента рекомендуемый план лечения.

2.1.3. Составить и согласовать с Пациентом план лечения с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

2.1.4. Информировать Пациента о противопоказаниях, а также о возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе и по окончании лечения, протезирования, операции в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области общим состоянием здоровья Пациента.

2.1.5. Определить для Пациента гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются. Лечащий врач Исполнителя устанавливает гарантийные обязательства при условии соблюдения пациентом следующих требований:

● Выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, назначенного лечащим врачом;

● Обращения в клинику Исполнителя, где проводилось лечение, в случае дискомфорта и других проявлений в области проведенного лечения;

● Предоставления выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений в случае обращения за неотложной стоматологической помощью;

● Выполнение согласованного плана лечения в полном объеме.

Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах и окружающих их тканях. Гарантийные обязательства также не сохраняются в случаях проведения в других стоматологических учреждениях коррекции работы, выполненной Исполнителем, а также при проведении протезных работ в другом лечебном учреждении на имплантаты, установленные в клинике Исполнителя.

2.1.6. Информировать Пациента о стоимости услуг с учетом проведенного обследования в соответствии с согласованным планом лечения и планом индивидуальных профилактических мероприятий.

2.1.7. Обеспечить качественное исполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением качественных инструментов и материалов, использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

2.1.8. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом, при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы. 2.1.9. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого

результата лечения.

2.1.10. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения, Исполнитель вправе, с согласия Пациента, назначить другого лечащего врача для проведения лечения.

**2.2. Пациент обязуется:**

2.2.1. Предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий Договор), о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях к лечению, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг. Указанная информация предоставляется Пациентом перед первым приемом у Исполнителя путем заполнения раздела медицинской стоматологической карты (далее по тексту –анкета). При изменении состояния своего здоровья Пациент обязуется незамедлительно уведомить об этом Исполнителя и внести соответствующие изменения в анкету. В любом случае информация, указанная в анкете, должна подтверждаться Пациентом не реже одного раза в год.

2.2.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки в назначенный срок по уважительной причине, заблаговременно предупредить об этом Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с Положением о средних гарантийных сроках службы на стоматологические услуги Исполнителя. 2.2.5. Удостоверить личной подписью в амбулаторной карте следующее:

Сообщенные в анкете сведения о своем здоровье;

● Факт ознакомления и согласия с намеченным к выполнению планом лечения, его стоимостью и условиями оплаты; ● Факт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

● Факт ознакомления с планом индивидуальных профилактических мероприятий, назначениями и рекомендациями лечащего врача;

● Факт ознакомления с Положением о средних гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги у Исполнителя; ● Факт ознакомления и согласия с установленными гарантийными сроками и сроками службы на выполненные

стоматологические услуги.

2.2.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) Пациент обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения Договора.

**3.** **Стоимость услуг и порядок расчетов** 3.1. Цена услуг определяется по установленному Исполнителем прейскуранту;

3.2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях, в наличной или безналичной формах, сразу после оказания услуг, в размере, определяемом в соответствии с Прейскурантом Исполнителя. Оплата может также производиться на условия предоплаты.

3.3. Оплата услуг также может производиться лицом, уполномоченным Пациентом, либо лицом, у которого с Пациентом заключен соответствующий договор.

3.4. Оплата услуг по имплантации, ортопедическому и ортодонтическому лечению, а также во всех случаях использования при лечении изделий зуботехнической лаборатории производится на условиях предоплаты, в размере, определяемом Исполнителем.

3.5. Стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.6. Оплата производится\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** **Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом только при наличии своей вины, доказанной в установленном порядке.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за оказание услуг с ненадлежащим качеством, если такое оказание услуг явилось следствием не предоставления Пациентом достоверных сведений о состоянии своего здоровья в соответствии с п. 2.2.1. настоящего договора.

4.3. Пациент несет ответственность за несвоевременную оплату оказанных услуг в размере 0,1% от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

4.4. Иная ответственность сторон определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5.** **Дополнительные услуги**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению между Сторонами, а также в одностороннем порядке по инициативе одной из Сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора является медицинская стоматологическая карта Пациента, которая хранится у Исполнителя.

5.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ. 5.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Исполнитель: ООО «Фаидент»**

**197375, г. Санкт-Петербург, вн.тер.г.муниципальнй округ Юнтолово, улица Репищева д. 10, корп.2, лит. А, пом. 27Н**

**ИНН 7814792284**

**Генеральный директор ООО «Фаидент»**

**6.** **Адреса и подписи сторон**

**Пациент: Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Андреева Е.В./**

**выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных**

Руководствуясь ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие на обработку моих персональных данных ООО “Фаидент”.

Настоящее согласие дается на обработку следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места проживания, контактный телефон, адрес электронной почты.

Настоящее согласие дается на совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Настоящее согласие действует с даты подписания договора и может быть отозвано в любое время посредством подачи письменного заявления об этом по адресу оператора обработки персональных данных, указанному в настоящем согласии.

Настоящее согласие выражено мною свободно, своей волей и в своем интересе.

**Генеральный директор ООО «Фаидент»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **/Андреева Е.В./**

**Пациент**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_