|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Договор №  на оказание платных медицинских услуг. Лечебно-профилактическое отделение платных услуг № от 20 г.** |  |
|  | |  |  |
|  | ООО "Раритет" клиника "МД+", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", лицензия №ЛО-02-01-002091от 20 июня 2012 года, в лице директора Сундыревой С.А., действующего на основании Устава, и "Пациент" , проживающий по адресу: , паспортные данные: , заключили настоящий Договор о нижеследующем: | | |  |
|  | **I. Предмет договора** | | |  |
|  | 1.1. Врач берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в следующем объеме: | | |  |
|  |  |
|  | II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН | | |  |
|  | 2.1. «Исполнитель» обязуется:- осуществить в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в медицинскую карту «Пациента», квалифицированное стоматологическое лечение; | | |  |
|  | 2.2. «Исполнитель» в праве отказаться от лечения «Пациента» в случае несоблюдения «Пациентом» предписаний или внутреннего распорядка ООО "Раритет" клиника "МД+". | | |  |
|  | 2.3. «Пациент» обязуется:- явиться на прием к «Исполнителю» в установленное время; | | |  |
|  | - известить через регистратуру (тел. (347)2333333) о невозможности плановой явки на прием к врачу не позднее, чем за 24 часа; | | |  |
|  | - выполнять медицинские рекомендации «Исполнителя», обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений; | | |  |
|  | - предоставлять необходимые документы для оформления медицинской карты; | | |  |
|  | - своевременно производить полную оплату услуг, предоставленных «Исполнителем», в порядке, предусмотренном в настоящем договоре. | | |  |
|  | 2.4. Стоимость лечения может изменяться в связи с проведением дополнительных вид работ согласно цен прейскуранта. | | |  |
|  | 2.5. «Пациент» вправе: | | |  |
|  | - выбрать лечащего врача; | | |  |
|  | - заменить лечащего врача в процессе лечения; | | |  |
|  | - при неудовлетворенности оказанной медицинской услугой обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу. | | |  |
|  | III. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ | | |  |
|  | 3.1. Оплата производится наличными через кредитную организацию, либо перечислением на основании счета на расчетный счет «Исполнителя». | | |  |
|  | 3.2. Производится предоплата в размере 100 % с согласия «Пациента» либо не менее 30% от полной стоимости. | | |  |
|  | 3.3. Стоимость услуг определяется по расценкам действующего прейскуранта на момент подписания настоящего договора, с которыми «Пациент» предварительно ознакомился. | | |  |
|  | IV. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН | | |  |
|  | 4.1. «Исполнитель» несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством РФ и РБ. | | |  |
|  | 4.2. В случае невыполнения «Пациентом» рекомендаций и требований лечащего врача, «Исполнитель» вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке с предварительным уведомлением в письменном виде. | | |  |
|  | 4.3. Претензии по исполнению платной медицинской услуги от «Пациента» принимаются в течение одного месяца в письменной форме. | | |  |
|  | 4.4. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение суток рассмотреть заявление и по выбору пациента выполнить одно из его требований: | | |  |
|  | - назначить новый срок оказания услуги; | | |  |
|  | - по решению комиссии, назначенной руководителем ЛПУ, возместить убытки «Пациента». | | |  |
|  | 4.5. «Пациент» дает согласие на обработку представленных персональных данных. | | |  |
|  | 4.6. «Исполнитель» несет ответственность за защиту представленных персональных данных «Пациента» согласно закону от 27.07.06г. «О персональных данных» №152-ФЗ. | | |  |
|  | V. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ | | |  |
|  | 5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами своих обязательств. | | |  |
|  | 5.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. | | |  |
|  | 5.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ и РБ. | | |  |
|  | VI. ДОПОЛНЕНИЕ К ДОГОВОРУ | | |  |
|  | Уважаемый пациент! Доводим до вашего сведения, что Вы имеете возможность получить медицинские услуги бесплатно в соответсвии с Программой государственных гарантий РБ. | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **"Исполнитель"** | | **"Пациент"** | | |  |
| ООО "Раритет" клиника "МД+" г.Уфа, пр.Октября, 71 корп.2   Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сундырева С. А.  Врач (подпись, дата) | | С условием Договора на оказание платных медицинских услуг, информированного согласие и дополнением к договору(п.VI) к карте №8762 от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. ознакомлен(а) и согласн(а):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, дата) Услуги получены в полном объеме, претензий к качеству лечебных работ нет. Адрес: пр-кт. Октября, д.113, кв.20 Телефон: 79374712856 "Пациент" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, дата) | | |  |
|  | | | |
|  | | | | | |
|  | По качеству оказанной медицинской помощи и к договорной стоимости медицинских услуг претензий не имею. | | |  | |
|  | | | | | |
|  | **"Исполнитель"** |  | **"Пациент"** | | |
|  | ФИО:  Адрес: г.Уфа, пр.Октября, 71 корп.2 Телефон: (347)2333333 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Действует по доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  М.П. |  | ФИО:  Адрес: пр-кт. Октября, д.113, кв.20 Телефон: 79374712856  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. | | |