

Гражданин _____

Именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с одной стороны, и БУЗ УР «Малопургинская РБ МЗ УР», именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице заместителя главного врача по экономическим вопросам Алексеевой Надежды Владимировны, действующей на основании Доверенности от 07.04.2021 г. с другой стороны, заключили настоящий договор об оказании лечебно-профилактической стоматологической помощи на следующих условиях:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Потребитель полностью доверяет, а Исполнитель оказывает лечебно-профилактическую стоматологическую помощь в объеме, согласованном с Потребителем в соответствии с лицензией № ЛО-18-01-002698 от 06 июня 2019 года, срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Удмуртской Республики, тел.8(3412)204911.

№ п/п	Вид медицинской услуги по прейскуранту	Кол-во услуг	Кол-во единиц	Стоимость, руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
	Итого:			

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Потребитель вправе получить необходимую информацию об оказании медпомощи в соответствии с Постановлением правительства РФ от 04.10.2012 года №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Потребитель обязан:

- предоставлять необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях. Ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за предложенный врачом план лечения;
- являться на протезирование своевременно и при хорошем общем самочувствии с предварительной гигиенической подготовкой полости рта (чистка зубов, полоскание полости рта) в назначенное время. При невозможности явки по уважительной причине – предупредить медицинского регистратора за сутки;
- строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов протезирования;
- согласиться с тем, что специальные виды лечения (хирургия, профилактика, физиотерапия, рентгенодиагностика) будут осуществляться соответствующими специалистами БУЗ УР «Малопургинская РБ МЗ УР».

Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан:

- проводить обследование полости рта и протезирование Потребителя с использованием имеющегося медицинского оборудования и материалов в соответствии с МЭС. 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; согласовывать время и дату посещения с Потребителем
- по результатам обследования представлять Потребителю полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, в частности применяемых в его случае методик лечения, медикаментов, материалов;
- определять для Потребителя гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Потребителем следующих требований:
 - не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи;
 - в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения предоставлять от вторых выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения.
- выполнять работы в сроки, согласованные с Потребителем, при условии соблюдения Потребителем сроков явки на приемы.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

Расчеты за оказанную медицинскую помощь производится Потребителем после ее оказания.

В подтверждении оплаты за медицинскую помощь на руки Потребителю выдается квитанция или чек электронного терминала СБЕРБАНК.

При неуплате Потребителем стоимости оказанной лечебно-профилактической стоматологической помощи, взыскание производится с возложением судебных издержек на Потребителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

Ответственность сторон при несоблюдении условий настоящего договора определяется в соответствии с действующим законодательством.

5. СРОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ 15 рабочих дней с момента подписания договора.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

План протезирования в соответствии с предварительным диагнозом определяется Исполнителем с учетом пожеланий Потребителя. Если Потребитель настаивает на протезировании, которое по медицинским показаниям для него нецелесообразно, то при этом Исполнитель не несет гарантийных обязательств, и ответственность за последствия лечения несет сам Потребитель, что отражается в амбулаторной карте.

Гарантийный срок на оказанные виды стоматологической помощи: 1 год с момента окончания протезирования на стальные конструкции протезов; 6 месяцев на пластмассовые протезирование. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

В случае возникновения каких-либо претензий по поводу проведенного протезирования (поломка мостовидных протезов, коронок, съемных пластмассовых протезов, виниров) претензии принимаются при предъявлении квитанции или договора.

Оценка претензий на предмет определения дефектов лечения производится экспертной комиссией. При отсутствии заключения экспертной комиссии устранение претензий не производится.

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

В случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон.

Во всем остальном, не предусмотренном данным договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одной из каждой из сторон.

С условиями и порядком предоставления платных услуг ознакомлен, договор подписываю:

Подпись, Ф.И.О.

Лечащий врач _____ Заместитель главного врача по экономическим вопросам _____ Н. В. Алексеева