ДОГОВОР № ___
возмездного оказания медицинских услуг (работ)

г. Брянск «____» _____ 20___ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника МАН» в лице Генерального директора Малышева Александра Николаевича, действующего на основании Устава, далее именуемое «Исполнитель», с одной стороны
и
_____
_____
_____,
далее именуемый (-ая, -ое) «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о следующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать _____
_____
_____,
далее именуемому(-ой) «Пациент» и являющемуся(-ейся) Стороной настоящего Договора, медицинские услуги (работы) в интересах Пациента, а Заказчик обязуется их оплачивать.

1.2. Медицинские услуги (работы) могут оказываться Пациенту как в разовом (однократном) порядке, так и в виде нескольких последовательных этапов лечения.

1.3. В случае наличия со стороны Пациента (его законного представителя) и (или) Заказчика задолженности перед Исполнителем по оплате ранее оказанных медицинских услуг (работ) оказание Пациенту новых медицинских услуг (работ) осуществляется после погашения имеющейся перед Исполнителем задолженности в полном объёме.

1.4. Предварительные перечень, объём и стоимость оказываемых Пациенту медицинских услуг (работ) указываются в Плане лечения (приблизительная смета), который составляется Исполнителем после проведения Пациенту первичного медицинского осмотра и назначения лечения, подписывается Пациентом (его законным представителем) и (или) Заказчиком, является приложением к настоящему Договору и может быть скорректирован Исполнителем в процессе оказания Пациенту медицинских услуг (работ).

1.4.1. Пациент (его законный представитель) и (или) Заказчик соглашаются с тем, что в случае незначительного перечня (объёма) оказываемых Пациенту медицинских услуг (работ) и (или) их приблизительной стоимости, не превышающей 10 000 рублей, План лечения не составляется.

1.4.2. Для случая, указанного в подпункте 1.4.1 настоящего Договора, по требованию любой Стороны, заявленному до оказания Пациенту медицинских услуг (работ), План лечения составляется Исполнителем в обязательном порядке.

1.4.3. В случае если при оказании Пациенту медицинских услуг (работ) выяснится необходимость превышения их объёма или необходимость оказания Пациенту дополнительных медицинских услуг (работ) и по этим причинам существенного превышения стоимости медицинских услуг (работ), указанной в Плане лечения или пункте 1.4.1 настоящего Договора, Исполнитель незамедлительно сообщает об этом Пациенту (его законному представителю) и (или) Заказчику.

1.4.4. Для случая, указанного в подпункте 1.4.3 настоящего Договора, несогласие Пациента (его законного представителя) и (или) Заказчика с увеличением стоимости оказываемых Пациенту медицинских услуг (работ), изменения их перечня и (или) объёма означает отказ Пациента (его законного представителя) и (или) Заказчика от получения Пациентом медицинских услуг (работ), который фиксируется в медицинской документации Пациента и дополнительно может быть закреплён соответствующим письменным заявлением, составленным в свободной форме.

1.4.5. Для случая, указанного в подпункте 1.4.4 настоящего Договора, Исполнитель прекращает оказание Пациенту медицинских услуг (работ), завершая только те манипуляции и осуществляя только те действия, незавершение и (или) неосуществление которых причинит или может причинить вред здоровью Пациента, а Пациент (его законный представитель) и (или) Заказчик признают фактически оказанные Исполнителем Пациенту медицинские услуги (работы) оказанными в полном объёме.

1.5. Окончательная стоимость оказанных Пациенту медицинских услуг (работ) для разовых (однократных) медицинских услуг (работ) определяется Исполнителем после их оказания в полном объёме, а для медицинских услуг (работ), оказываемых в виде нескольких последовательных этапов лечения, определяется Исполнителем для каждого завершённого этапа лечения отдельно после его осуществления в полном объёме.

1.6. Медицинские услуги (работы) оказываются Пациенту в соответствии с бессрочной Лицензией № Л041-01133-32/00359539 от 13 марта 2015 года на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения Брянской области (241019, г. Брянск, переулок Осоавиахима, д. 3, корп. 1, тел. +7 (4832) 74-21-47).

1.7. В перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с Лицензией входят:

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МАН"

1.7.1. работы (услуги) по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, – предоставляемые при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

1.7.2. работы (услуги) по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, – предоставляемые при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

1.7.3. работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, предоставляемые при проведении медицинских экспертиз.

1.8. Заказчик и Пациент (его законный представитель) уведомлены о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и Правила поведения пациентов в медицинской организации Исполнителя.

1.9. Ознакомление Пациента (его законного представителя) с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, осуществляется в соответствии с «Порядком ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента», утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации в действующей на дату подачи соответствующего заявления редакции.

1.10. Предоставление Пациенту (его законному представителю) медицинских документов (их копий) и выписок из них осуществляется в соответствии с «Порядком и сроками предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации в действующей на дату подачи соответствующего заявления редакции, безвозмездно только в однократном порядке.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ (РАБОТ), СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость стандартных услуг (работ) определяется исходя из Прейскуранта (Прайс-листа) Исполнителя, размещённого на Интернет-сайте Исполнителя и информационном стенде в организации Исполнителя.

2.2. Стоимость услуг (работ), выходящих за рамки и (или) объёмы стандартных, определяется Исполнителем самостоятельно в одностороннем порядке.

2.3. Медицинские услуги (работы), оказываемые Пациенту в разовом (однократном) порядке, оплачиваются непосредственно после оказания услуг (работ), а оказываемые Пациенту в виде осуществления последовательных этапов лечения, оплачиваются отдельно за каждый этап после его осуществления, путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя или на его счёт, указанный в пункте 2.4.1 настоящего Договора.

2.3.1. Если Пациент при заключении или исполнении настоящего Договора не подтвердил документально свои персональные данные (анонимный потребитель), медицинские услуги (работы) предоставляются при условии их предварительной оплаты в полном объёме путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя или на его счёт, указанный в пункте 2.4.1 настоящего Договора.

2.4. Оплата медицинских услуг (работ) производится в рублях в наличной или безналичной форме по выбору плательщика.

2.4.1. Реквизиты для безналичной формы оплаты: Р/счёт 40702810008000008926 в Орловском отделение № 8595 ПАО СБЕРБАНК, Корр./счёт 30101810300000000601, ИНН 7707083893, БИК 045402601, КПП 325702001.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (РАБОТ)

3.1. Дата и время оказания медицинских услуг (работ), срок их ожидания определяются Исполнителем исходя из внутренних обстоятельств медицинской организации Исполнителя (загруженность медицинского персонала, наличие соответствующих материалов и средств, наличие иных пациентов в порядке очерёдности или пациентов, оказание медицинской помощи которым является безотлагательным, и др.).

3.2. Пациент (его законный представитель) выбирает из предложенных Исполнителем даты и соответствующего ей времени приемлемые для себя дату и время оказания медицинских услуг (работ).

3.3. Медицинские услуги (работы) осуществляются Исполнителем в согласованные с Пациентом (его законным представителем) дату и время.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязанностей по настоящему Договору Сторона несёт ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Изменение или расторжение настоящего Договора осуществляются по соглашению Сторон или в одностороннем порядке той Стороной и в том случае, для которых законодательством Российской Федерации предусмотрена возможность, соответственно, одностороннего изменения заключённого между сторонами договора или одностороннего отказа от его исполнения.

4.3. Во всём, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, к которым, в частности, относятся Гражданский кодекс РФ, Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МАН"

4.4. Настоящий Договор действует до его изменения или расторжения, составлен в количестве экземпляров, равном количеству Сторон Договора.

5. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

Исполнитель:
Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника МАН»
Юридический адрес и адрес места нахождения: 241037, г. Брянск, проспект Станке Димитрова, д. 16
ОГРН: 1103254010463 ИНН: 3250515079 Телефон: +7 (4832) 62-92-05
E-mail: malishev26@yandex.ru; bryansk_sk_man@mail.ru

Генеральный директор
Малышев Александр Николаевич _____ М.П.

Пациент (сведения документально ***подтверждены / не подтверждены***)**:**
ненужное зачеркнуть

_____
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Адрес места жительства: _____
_____

Иные адреса для направления корреспонденции Исполнителем, в том числе адрес электронной почты при наличии:
_____
_____
_____
_____

Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____
указывается только в случае документального подтверждения

_____
_____
_____

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Законный представитель Пациента или физическое лицо, заключающее договор от имени Пациента:
(сведения должны быть документально подтверждены)

_____
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Адрес места жительства: _____
_____

Иные адреса для направления корреспонденции Исполнителем, в том числе адрес электронной почты при наличии:
_____
_____
_____
_____

Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____
_____
_____
_____

Документ, подтверждающий полномочие законного представителя Пациента, или полномочие лица, заключающего договор от имени Пациента, на заключение Договора:_____

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МАН"

_____
_____
_____

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Заказчик *(физическое лицо; заполняется в том числе если заказчик и законный представитель Пациента – одно и то же лицо)***:**
(сведения должны быть документально подтверждены):

_____
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Адрес места жительства: _____
_____

Иные адреса для направления корреспонденции Исполнителем, в том числе адрес электронной почты при наличии:
_____
_____
_____
_____

Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____
_____
_____
_____

_____ / _____
Подпись Расшифровка

Заказчик *(юридическое лицо или индивидуальный предприниматель)***:**
(сведения должны быть документально подтверждены):

_____
Наименование (форма организации – ООО, ПАО, ИП и т.п., название юридического лица, Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя)

_____
ОГРН, ИНН

Адрес места нахождения (а для индивидуального предпринимателя адрес места жительства): _____
_____

Юридический адрес или иные адреса для направления корреспонденции Исполнителем, в том числе адрес электронной почты при наличии: _____
_____
_____
_____

Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность Заказчика – индивидуального предпринимателя: _____
_____
_____
_____

_____
Должность

_____ _____ М.П.
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) подпись при наличии

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА МАН"