**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Благовещенск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

ООО «Гранд Сервис» (включено в Единый государственный реестр юридических лиц за №1132801004930от 29.05.2013 года,ОГРН выдан Межрайонной инспекцией УФНС №1 по Амурской области, адрес: город Благовещенск Амурской области, ул.Красноармейская, д.122, серия 28 бланк №001393873), в лице директора Л.Ю. Жирноклеевой, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин (ка) РФ

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

ФИО полностью

Проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полный адрес, контактный телефон

именуемый в дальнейшем «Пациент\Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.** **Предмет договора.**

Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту\Заказчику следующие медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-28-01-000982 от 30.04.2014 (выданной Министерством здравоохранения Амурской области, находящимся по адресу: 675000 Амурская обл., г. Благовещенск, ул. Ленина, 135; тел/факс 20-07-65, служба лицензирования медицинской деятельности: г. Благовещенск Амурской области, ул. Октябрьская, 108, тел.539-667) на осуществление медицинской деятельности: Работы (услуги) по:

2.При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

сестринскому делу;

стоматологии;

рентгенологии;

дезинфектологии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

стоматологии общей практики.

(далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленными настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту\Заказчику:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Стоимость услуг составляет (руб.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. Условия оказания услуг: в амбулаторно-поликлинических условиях стоматологического кабинета «Новая улыбка» по адресу: г.Благовещенск Амурской области, ул.Ленина, д.138.

1.4. Сроки оказания услуг: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2. Права и обязанности Сторон.**

2.1.Пациент\Заказчик обязуется:

2.1.1. Удостоверить личной подписью факт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на результаты медицинской услуги.

2.1.3. Выполнять все требования, назначения и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное оказание услуг для достижения и сохранения результатов лечения.

2.1.4. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п.3 настоящего Договора.При отказе Пациента\Заказчика от дальнейшего вмешательства (прекращении лечения по инициативе Пациента\Заказчика) оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы.

2.2. Пациент\Заказчик имеет право:

2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии.

2.2.2. Требовать от Исполнителя составить и подписать план предстоящего лечения и расчет стоимости оказываемых услуг.

2.2.3.Получать от Исполнителя для ознакомления доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения и др.

2.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме.

2.2.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.2.5. Отказаться от получения услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказать медицинские услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.3.2. В соответствии с поставленным диагнозом и планом лечения осуществить качественное исполнение услуг.

2.3.3. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендуемые российской и общемировой медицинской практикой.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Пациента\Заказчика соблюдения:

- соблюдения внутреннего режима (правил) нахождения в стоматологическом кабинете «Новая улыбка»;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

**3. Стоимость и порядок оплаты услуг.**

3.1. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

указать сумму цифрами и прописью

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом в рублях, в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя (кассу кабинета) или в безналичной форме путем оплаты через терминал, установленный в кабинете, или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (по выбору Пациента\Заказчика), в день начала либо завершения лечения (д) (по выбору Пациента\Заказчика).

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена с согласия пациента, данные изменения к договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

3.4. Пациенту\Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

**4. Ответственность Сторон.**

4.1.Стороны несут ответственность по настоящему Договору в соответствии со взятыми на себя обязательствами.

4.2.Меры ответственности Сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, принимаются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

**5. Порядок изменения и расторжения Договора.**

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон и/или в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

5.2. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут решать по возможности путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

**6.Прочие (иные) условия.**

6.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента\Заказчика.

6.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента\Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы (в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

6**.3. При заключении настоящего договора Пациент\Заказчик информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

6.4. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до завершения получения Пациентом услуги.

6.5. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента (потребителя). В случае если договор заключается между исполнителем и Пациентом\Заказчиком – физическим лицом, он составляется в 2 экземплярах. Все экземпляры договора имеют равную юридическую силу.

**7.Адреса и реквизиты Сторон.**

Исполнитель: ООО «Гранд Сервис», адрес юридический и фактический: г. Благовещенск, ул. Ленина, д.138 тел./факс 8(4162) 52-22-88.

ИНН 2801185607, КПП 280101001

р/с 40702810000000079149

к/с 30101810300000000765

БИК 041012765

«Азиатско-Тихоокеанский Банк» (ОАО), г.Благовещенск

Директор ООО «Гранд Сервис»Жирноклеева Любовь Юрьевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

М.П.

Пациент (Заказчик):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о Заказчике – юридическом лице:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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