

ДОГОВОР № _____ от _____
На предоставление платных медицинских услуг
Закрытое акционерное общество "Стоматолог" (ЗАО "Стоматолог")

403113, Волгоградская область, город Урюпинск, переулок Дзержинского, дом 23 ЕГРЮЛ: серия 34 №001424366 от 02.12.2002 года за номером 1023405762896, регистрирующий орган МИ ФНС России № 7 по Волгоградской области, ИНН 3438001388. Лицензия Л041-01146-34/00323612 от 07.03.2014 года на срок бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Волгоградской области, адрес: 400005, г. Волгоград, проспект им. В.И. Ленина, д.56а, тел 8(8442) 24-85-00.

Работы (услуги), выполняемые:

- При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии.
- При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.
- При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.
- При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии.

ЗАО "Стоматолог", в лице главного врача Ястребовой Марии Павловны, действующего на основании Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023г., Устава, в дальнейшем именуемое <Исполнитель> с одной стороны, и _____ именуемый(ая) в дальнейшем <Заказчик> с другой стороны, именуемые в дальнейшем <Стороны>, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. <Исполнитель> обязуется:

- 1.1. Не разглашать персональные данные <Заказчика>.
- 1.2. Перед началом лечения ознакомить <Заказчика> с перечнем платных услуг, их стоимости и сроках исполнения.
 - 1.2.1. После окончания услуг, пациент наряду с договором подписывает информационное согласие, которое хранится в амбулаторной карте пациента и в плане лечения ставит подпись о своём добровольном согласии с предложенным лечением.
- 1.3. Осуществить качественное лечение соответствии с диагнозом и планом лечения, амбулаторная карта

1.4. Поручить исполнение лечащему врачу: _____. В случае отсутствия лечащего врача в день лечения <Заказчика>, <Исполнитель> вправе назначить другого врача для лечения <Заказчика>.

- 1.5. Гарантировать качество лечения <Заказчика> в течении одного года.
- 1.6. Нести ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии своей вины.
- 1.7. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

2. <Заказчик> согласен и обязуется:

- 2.1. Предоставлять свои персональные данные для ведения и хранения медицинской информации в ЗАО <Стоматолог>.
- 2.2. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала.
- 2.3. Являться на приём к врачу в указанное время.
- 2.4. Соблюдать гигиену полости рта и выполнять назначения лечащего врача.
- 2.5. Произвести оплату лечения согласно расценкам прейскуранта цен, которые доводятся до сведения <Заказчика> до начала лечения.

3. Разногласия между <Исполнителем> услуг рассматриваются главным врачом (его заместителем) ЗАО <Стоматолог> и <Заказчиком>. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются клинико-экспертными комиссиями или судебными органами в установленном законом порядке: Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1(с изменениями и дополнениями) <О защите прав потребителей>, Постановление правительства РФ от 11.05.2023 № 736 <Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006>.

4. Срок действия договора.

4.1. Договор действует в течении 1 года с момента подписания.

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"

"ЗАКАЗЧИК"

ЗАО "Стоматолог"
403113, Волгоградская обл., г. Урюпинск,
пер. Дзержинского, д.23
ИНН 3438001388
ОГРН 1023405762896

Ф.И.О.: _____
Дата рождения: _____
Адрес: _____
_____ /
паспорт _____
Телефон _____

(подпись) /Ястребова М.П.
М.П. (расшифровка подписи)

(подпись) /_____
(расшифровка подписи)

АКТ
об оказании услуг по Договору № _____ от _____
на предоставление платных медицинских услуг

ЗАО <Стоматолог>, именуемое в дальнейшем <Исполнитель> в лице главного врача Ястребовой Марии Павловны с одной стороны и _____ именуемый(ая) в дальнейшем <Заказчик> с другой стороны, а вместе именуемые - <Стороны> составили настоящий акт о нижеследующем:

1. На основании заключенного между <Сторонами> договора на предоставление платных медицинских услуг _____ от _____. <Исполнитель> оказал, а <Заказчик> получил следующие медицинские услуги:

Шифр услуг	Номер зуба	Наименование услуги	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
------------	------------	---------------------	--------	---------------	-------

Итоговая стоимость:

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок.
3. Пациент претензий по объёму и срокам оказания услуг не имеет.

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"

ЗАО "Стоматолог"
403113, Волгоградская обл., г. Урюпинск,
пер. Дзержинского, д.23
ИНН 3438001388
ОГРН 1023405762896

"ЗАКАЗЧИК"

Ф.И.О.: _____
Дата рождения: _____
Адрес: _____
_____ паспорт _____
Телефон _____

_____/Ястребова М.П.
(подпись) (расшифровка подписи)

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)