

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Хабаровск

«___» _____ 2014г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дент-Арт-Восток», в лице Главного врача Медико-развивающего центра «Тари Лэнд» Бельтюковой О.В., действующей на основании Доверенности № 42 от 01.10.2013г. и лицензии № ЛО-27-01-001306 от 06.11.2013 года., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем «**Клиника**», с одной стороны, и

гражданин _____

(Ф.И.О. клиента)

(законный представитель _____)

(Ф.И.О. законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Клиент**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника обязуется оказать Клиенту, на возмездной основе, стоматологические и медицинские услуги отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Клиент обязуется своевременно и добровольно оплатить стоимость стоматологических и медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Клиент имеет право:

2.1.1. Являться на профилактические осмотры в период гарантийного срока и после него в следующем порядке: при заболевании кариесом – 2 раза в год, при заболеваниях тканей пародонта – 4 раза в первый год после лечения и 2 раза в год – в последующие годы. Клиенты до 18 лет имеют право являться на профилактические осмотры в сроки, назначенные лечащим врачом, в зависимости от степени активности кариеса.

2.1.2. Немедленно обращаться в Клинику в случае появления любых осложнений при оказании стоматологической (воспаление, боль, отек и т.д.) или медицинской услуги, в т.ч. сообщать по телефону.

2.1.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалиста.

2.2. Клиент обязан:

2.2.1. Предоставить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также выполнять все требования Клиники и врача, обеспечивающие качественное оказание стоматологических и медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.2. Являться на прием в установленное время, согласованное с Клиникой. При невозможности явиться на прием в оговоренное время предупредить об этом Клинику не менее чем за 12 часов до времени посещения.

2.2.3. Оплатить стоматологические и медицинские услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, указанный в настоящем договоре, или в кассу Клиники, после каждого посещения врача.

2.2.4. По окончании получения услуги и наличии результата - принять результат, поставив свою подпись, а при обнаружении отступлений или недостатков немедленно заявить об этом Клинике.

2.2.5. В случае невозможности оказания стоматологической или медицинской услуги, возникшей по вине Клиента (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых предписаний/рекомендаций, иных действий или бездействий), оплатить фактически понесенные Клиникой расходы.

2.2.6. Исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.3. Клиника имеет право:

2.3.1. По согласованию с Клиентом изменить, по медицинским показаниям, объем, сроки, стоимость, порядок и условия оказания стоматологических или медицинских услуг, заменить лечащего врача Клиента.

2.3.2. Не приступать, либо приостановить, оказание стоматологических и медицинских услуг в случае, если Клиент нарушает условия настоящего Договора и потребовать от Клиента уплаты фактически понесенных расходов.

2.3.3. На осуществление обработки (сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование) автоматизированным способом персональных данных Клиента (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефона, информации о месте работы и должности).

В случае оказания стоматологических и медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленным в страховых компаниях с которыми Клиника имеет действующие договоры (соглашения), Клиника имеет право на передачу персональных данных указанным страховым компаниям.

2.4. Клиника обязана:

2.4.1. Выполнить стоматологические и медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и соответствующими приложениями.

2.4.2. Предоставить Клиенту необходимую информацию в форме, объеме и на условиях, установленных требованиями действующего законодательства.

2.4.3. Исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

3. СТОИМОСТЬ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Общая стоимость договора составляет сумму всех стоматологических и медицинских услуг согласованных с Клиентом в комплексном плане лечения, а так же по прейскуранту, утвержденному Клиникой.

3.2. Оплата стоматологических и медицинских услуг по настоящему договору производится Клиентом в полном объеме в день оказания услуги.

3.3. На основании дополнительного соглашения Клиника вправе предоставить Клиенту коммерческий кредит, т.е. рассрочку платежа за оказанные по настоящему Договору услуги. Рассрочка предоставляется в порядке и на условиях согласованных сторонами в дополнительном соглашении, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. Клиент вправе произвести оплату стоматологических и медицинских услуг оказанных по настоящему договору с привлечением заемных средств путем оформления соответствующего договора с аккредитованным Клиникой уполномоченным Банком.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Срок действия договора: начало – с даты его заключения, окончание – по истечению 12 месяцев. Если по окончании установленного в Договоре срока обязательства не исполнены, Договор считается пролонгированным до момента исполнения обязательств сторонами. Срок оказания конкретных услуг устанавливается: в течение срока действия договора, согласно утвержденным стандартам либо в течение одного календарного месяца и автоматически продлевается, если ни одна из сторон не потребовала обратного.

4.1.1. В исключительных случаях Клиника может в одностороннем порядке изменять установленные сроки в зависимости от сложности работ.

4.2. Расторжение Договора осуществляется Клиникой либо Клиентом по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. Клиент вправе расторгнуть настоящий Договор в любое время, оплатив Клинике стоимость оказанных стоматологических и медицинских услуг.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством. Клиника не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Клиентом настоящего договора, требованый информированного добровольного согласия.

5.2. В случаях, не урегулированных настоящим договором, Стороны обязаны руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Споры и разногласия, возникающие между Клиникой и Клиентом по вопросам связанным с исполнением настоящего договора, рассматриваются в обязательном предварительном претензионном порядке. Срок рассмотрения претензий не может превышать 30 дней с момента предъявления претензии. В случае если стороны не смогут урегулировать споры и разногласия путем переговоров, рассмотрение споров и разногласий будет производиться в суде Центрального района г. Хабаровска, по месту заключения настоящего договора.

5.4. Гарантийный срок на качество оказываемых Клиникой стоматологических услуг составляет двенадцать месяцев.

5.4.1. Гарантия на лечение сохраняется при наличии договора и документа об оплате за лечение.

5.4.2. Гарантия не сохраняется:

- на пломбы из цементных материалов свыше трех месяцев;

5.5. Объем, сроки, стоимость, порядок и условия предоставления и получения конкретных услуг, дополнительные гарантийные обязательства и прочие необходимые сведения устанавливаются, помимо настоящего Договора, в соответствующих приложениях.

5.6. Все дополнения и приложения к настоящему Договору вступают в силу с момента их подписания сторонами и являются его неотъемлемой частью.

5.7. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.6. Настоящий Договор содержит приложения (информированное добровольное согласие, комплексный план лечения, дополнительные соглашения).

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Клиника

ООО «Дент-Арт-Восток»
680000, г. Хабаровск, Уссурийский б-р, 15
ИНН 2721085396, КПП 272101001
ОГРН 1022700914378, ОКПО 57359270
р/с 40702810300650003905,
в Хабаровском филиале
ОАО «БАНК МОСКВЫ» г. Хабаровск
к/с 3010181050000000805, БИК 040813805

_____ / Бельтюкова О.В./

Клиент

ФИО _____

Адрес _____

Тел. _____

Подпись _____

Я, _____, выражаю свое согласие на осуществление обработки (сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование) автоматизированным способом своих персональных данных (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефона, информации о месте работы и должности). Получать путем SMS рассылки информацию о новых методах лечения и услугах предоставляемых клиникой.

В случае оказания стоматологических и медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленным в страховых компаниях с которыми Клиника имеет действующие договоры (соглашения), выражаю свое согласие на передачу моих персональных данных указанным страховым компаниям.

Подпись _____