**Договор**

**на оказание платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_(амбулаторная карта № \_\_\_\_\_**

**(ортодонтическое лечение)**

г. Краснодар «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края (ОГРН 1032304930668), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.Н.Луценко, действующего на основании Устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, или его законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Настоящий договор определяет условия предоставления стоматологических услуг по ортодонтическому лечению. «Заказчик» поручает, а «Исполнитель» обязуется выполнить медицинскую услугу надлежащего качества.

**2. Информация о предоставляемой услуге**

2.1. Исполнитель имеет бессрочную лицензию на медицинскую деятельность № 23-01-012101, выданную 05.03.2018г. Министерством здравоохранения Краснодарского края (адрес: 350000, г.Краснодар, ул. Коммунаров, 276), виды деятельности: медицинская статистика, организация сестринского дела, рентгенология, сестринское дело, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая, организация здравоохранения и общественное здоровье, ортодонтия, стоматология детская, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, экспертиза временной нетрудоспособности.

2.2.Ортодонтическое лечениевыполняется на платной основе за счет средств «Заказчика».

2.3.Ортодонтическому лечениюпредшествует осмотр и обследование «Заказчика» в условиях стоматологических кабинетов поликлиники и включает в себя диагностику, определение плана лечения, выбор съёмной/несъёмной ортодонтической конструкции, обучение гигиене полости рта, санацию полости рта, установку ортодонтической конструкции, последующее наблюдение, коррекцию(в случае необходимости)

2.4. По результатам осмотра и обследования выносится диагноз, составляется план лечения и согласовывается с «Заказчиком» (информированное добровольное согласие) и заполняется заказ-наряд. Данные фиксируются в амбулаторной карте. Достоверность записей подтверждается личной подписью получателя услуг.

2.5. «Исполнитель» информирует «Заказчика» об известных и возможных альтернативных методах ортодонтического лечения, как в поликлинике ГБУЗ СП №1, так и в других специализированных учреждениях здравоохранения; ставит в известность о возможных (но не обязательно) побочных эффектах и осложнениях вследствие биологических особенностей организма, которые могут причинить вред здоровью «Заказчика»; сообщает возможные варианты исхода лечения.

2.6. «Исполнитель» не может гарантировать во всех случаях положительный результат ожидаемого исхода с в связи с несовершенством медицинской науки и практики.

2.7. В процессе ортодонтического лечения могут возникнуть (но не обязательно) осложнения, которые могут причинить вред здоровью «Заказчика», которые «Исполнитель» устранит бесплатно, если в том окажется его вина.

2.8. При условии добровольного информированного согласия «Заказчика» зубопротезные работы выполнит врач-стоматолог ортодонт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2.9. Ориентировочная продолжительность лечения согласно общепринятым клиническим нормам составит:

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

**3. Стоимость и порядок оплаты**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Исполнителем по настоящему договору, согласно действующему Прейскуранту, составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Коды услуг и их количество:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. **«Заказчик» имеет право:**

4.1.2. Непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние своего здоровья.

4.1.3. Отказаться от лечения на любом этапе и получить ранее внесенную оплату с учетом возмещения «Исполнителю» фактических затрат.

4.1.4. На возмещение вреда в случае ненадлежащего выполнения стоматологических услуг.

4.2. «**Исполнитель» имеет право:**

4.2.1. Отказаться от исполнения обязанностей по договору в случае несоблюдении «Заказчиком» предписаний врача или правил внутреннего распорядки поликлиники, если это не угрожает жизни пациента, при условии полного возмещения «Заказчику» убытков;

4.2.2. В случае возникновении неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств необходимых для постановки диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором

4.3. **«Заказчик» обязан:**

4.3.1. Информировать «Исполнителя» о состоянии своего здоровья (имеющихся и перенесенных заболеваниях), в том числе из медицинской документации (предоставление выписки оформленной должным образом).

4.3.2. При ортодонтическом лечении «Заказчик» обязан оплатить полную стоимость стоматологических услуг до начала протезирования, либо внести оплату в размере не менее 50% от полной стоимости в кассу поликлиники (наличный, безналичный расчёт).

4.3.3. Точно и своевременно выполнять рекомендации «Исполнителя».

4.4. **«Исполнитель» обязан:**

4.4.1. Обеспечить обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарным требованиям.

4.4.2. Получить добровольное согласие на медицинское вмешательство, предварительно сообщив «Заказчику»

результаты обследования, диагноз, порядок и план оказания медицинских услуг, прогноз, возможные методы лечения и их исходы, а после завершения лечения сообщить его результаты.

4.4.3. Оказать «Заказчику» квалифицированную, качественную, безопасную медицинскую услугу в установленные договором сроки.

4.4.4. Незамедлительно информировать «Заказчика» о выявленной в ходе выполнения услуг невозможности

получить ожидаемый результат или о нецелесообразности продолжения выполнения услуг.

4.4.5.В случае обоснованного требования «Заказчика» о замене лечащего врача содействовать выбору другого врача.

4.4.6. При отказе от ортодонтического лечения или неисполнении предписаний врача в доступной для «Заказчика» форме разъяснить возможные последствия, оформить запись в амбулаторной карте и заверить подписями пациента и лечащего врача.

4.4.7. По требованию «Заказчика» предоставить копии документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

4.4.8. В случае ненадлежащего исполнения обязанностей по договору возместить «Заказчику» убытки, исходя из цен, существующих на момент заключения договора в течение одного месяца с момента установления факта ненадлежащего исполнения .

**5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.1. Изменения и дополнения в договор вносятся путем подписания сторонами дополнительных соглашений.

5.2. Договор может быть, расторгнут по согласию сторон или в одностороннем порядке по инициативе как «Заказчика», так и «Исполнителя», по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**6. Прочие условия**

6.1. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.2.Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.
Гарантийный срок -12 месяцев.

6.3. Срок хранения в поликлинике невостребованных «Заказчиком» полуфабрикатов протезов или готовых конструкций составляет 6 месяцев с момента оповещения «Заказчика» по сотовому телефону, конструкции аннулируются, деньги, внесенные в кассу поликлиники, не возвращаются.

6.4. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а
так же в досудебном и судебном порядке, в рамках действующего законодательства РФ.

 **«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

350033,г.Краснодар ул. Железнодорожная 12/1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 2309053925, КПП 230901001, БИК 040349001

 Паспорт : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(по доверенности № \_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.)**

**М.П. \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**