ДОГОВОР № _____

г. Томск «___»._____.201__г.

(ФИО пациента), именуемый в дальнейшем "Заказчик", с одной стороны, и ООО «Центр дентальной имплантации», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Ворошилова Виталия Викторовича, действующего на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании в дальнейшем именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор на следующих условиях:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платную стоматологическую услугу в соответствии с лицензией № ЛО – 70 – 01 – 002016 от 10.04.2017г, выданной Комитетом по лицензированию Томской области, а Заказчик обязуется принять оказанную услугу и оплатить ее на условиях настоящего договора.

1.2. Под услугой в настоящем договоре понимается перечень действий, указанных в плане (ах) лечения, являющемся (имися) неотъемлемой частью настоящего договора и актах об оказанных услугах.

2. Обязательства сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Провести качественное обследование полости рта Заказчика, а в случае необходимости предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

2.1.2.Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию:

о состоянии полости рта;

о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;

о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими

особенностями челюстно-лицевой области Заказчика, а также общим состоянием его здоровья.
2.1.3. До начала оказания услуг составить и согласовать с Заказчиком выполняемый план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности, сроков и предварительной стоимости их исполнения в ценах действующего прейскуранта Исполнителя. План лечения может изменяться в процессе лечения по согласию Заказчика. В таком случае окончательный перечень оказанных услуг указывается в акте об оказанных услугах. В случае существенного изменения плана лечения, перечень услуг уточняется в новом плане лечения либо путем внесения дополнений в существующий план лечения.
2.1.4. Определить для Заказчика гарантийные сроки на оказанные услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить или препятствуют их установлению, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:
а) соблюдение Заказчиком гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями врача;
б) проведение коррекции работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике;
в) обращение в клинику Исполнителя в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения;
г) предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения Заказчика к ним за неотложной стоматологической помощью.
Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

2.1.5. В случае продолжительного лечения информировать Заказчика об изменении стоимости услуг (и) до ее (их) оказания:
- назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны;
- или назвать предварительную сумму, когда объем или характер работы можно определить только в процессе лечения.
2.1.6. Обеспечить качество стоматологических услуг в соответствии с медицинскими показаниями; с применением высококачественных инструментов и материалов; с использованием современных технологий лечения;
2.1.7. Оказать услуги в сроки, согласованные с Заказчиком (при условии соблюдения Заказчиком сроков явки на приемы).
2.1.8. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения путем подписания информированного согласия.
2.1.9. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.2. Исполнитель вправе:
2.2.1. В одностороннем порядке изменять стоимость услуг, предварительно уведомив об этом Заказчика до момента оказания услуг

2.3. Заказчик обязуется:
2.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий Договор (анкета клиента):
- о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах,
- о проведенных ранее обследованиях и лечениях,
- об аллергических реакциях,
- об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
2.3.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.3. Своевременно посещать лечебные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупредить об этом Исполнителя заблаговременно.
2.3.4. Ознакомиться с Положением о гарантиях на стоматологические услуги Исполнителя, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
2.3.5. Удостоверить своей личной подписью следующее:
информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
сообщенные сведения о своем здоровье;
факт согласия на реализацию предложенного плана лечения;
факт ознакомления с назначениями и рекомендациями;
факт ознакомления с гарантиями, установленными врачом на выполненные стоматологические услуги.
2.3.6. Принять услуги путем подписания акта об оказанных услугах. В случае отказа от подписания акта об оказанных услугах Исполнитель составляет об этом акт, а Заказчик считается принявшим услуги, указанные в акте.
2.3.7. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

3. Цена договора и порядок расчетов

3.1. Стоимость стоматологических услуг определятся в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя. В случае продолжительного лечения стоимость стоматологических услуг определяется в соответствие с прейскурантом на дату оказания конкретного вида услуги, указанного в плане лечения.

3.2. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах по факту оказания конкретной услуги.

3.3. При выполнении ортопедической работы Заказчик вносит предоплату в размере 50% от ее стоимости, в день сдачи работы Заказчик производит расчет полностью.

4. Ответственность сторон

4.1. Ответственность сторон, в случае нарушения настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Дополнительные условия

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует неопределенный срок.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из Сторон путем направления уведомления об этом другой стороне за 20 дней до предполагаемой даты расторжения договора.

5.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора является амбулаторная карта Заказчика, план (ы) лечения, а также информированное согласие (информированные согласия) на медицинское вмешательство (хранится у Исполнителя), анкета клиента, прейскурант.

5.4. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Заказчиком по вопросам качества обследования и лечения спор между Сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости - экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации (Общероссийской) в установленном порядке.

5.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

5.6. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Заказчик:	**Исполнитель:**
ПАЦИЕНТ(ФИО)_____ _____	**ООО «Центр дентальной имплантации»**
Домашний адрес_____ _____	634057, г. Томск, ул. Говорова, 19в стр.1 ИНН/КПП 7017266114\701701001
Паспорт серия_____№_____выдан_____ _____	р/с: 40702810114400004988 в ФИЛИАЛЕ N 5440 ВТБ 24 (ПАО)
Дата: «____»_____201_г.	к/с: 30101810450040000719 БИК: 045004719
ПАЦИЕНТ _____ __________	**Директор** Ворошилов В.В. _____
(ФИО полностью\ подпись) \	(М.П)