**ПОТРЕБИТЕЛЬ** (ЗАКАЗЧИК) в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**.**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение рекомендаций исполнителя (мед. работника, предоставляющую платную мед.помощь) могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.ИВАНОВА Таисия/ ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО заказчика /

ИВАНОВА Таисия Александровна/ ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО ПОТРЕБИТЕЛЯ /

**Д О Г О В О Р № НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Челябинск Дата заключения договора . .

ОО «Мирра-Дент», в лице директора, Луганского Вадима Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и гражданин <ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО заказчика>, именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу третьего лица ПОТРЕБИТЕЛЯ <ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО ПОТРЕБИТЕЛЯ> о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает платные медицинские, включая стоматологические, услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией № ЛО-74-01-004581 от 11 мая 2018 года, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области.

1.2.ЗАКАЗЧИК оплачивает оказанные ПОТРЕБИТЕЛЮ услуги в соответствии на условиях настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:**

2.1.1. Ознакомить ПОТРЕБИТЕЛЯ с условиями предоставления платных медицинских услуг, планом, методами лечения, сроками оказания услуг, стоимостью, возможными осложнениями и методами устранения последних до начала их оказания.

2.1.2. Информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить/не установить и назначениях/ рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, как на этапах лечения, так и по его завершению.

2.1.3. В случае возникновения необходимости проведения дополнительных медицинских услуг, в том числе в других медицинских организациях, не предусмотренных договором, предупредить об этом потребителя, скорректировать план лечения.

2.2.**ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) обязан:**

2.2.1. Предоставить необходимую для ИСПОЛНИТЕЛЯ достоверную информацию о состоянии своего здоровья (заполнить и подписать Анкету о состоянии своего здоровья), принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств.

2.2.2. Подписать информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства.

2.2.3. Оплатить оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуги в соответствии с пунктом 3 настоящего договора.

2.2.4. Соблюдать назначения/ рекомендации лечащего врача, обеспечивающие качественное предоставление медицинской помощи, включая явки на прием и профилактические осмотры, соблюдение режима гигиены, питания и уход за ротовой полостью после проведенных процедур.

2.2.5. При ухудшении состояния здоровья, связанного с проведением медицинских манипуляций, немедленно (в течение 24 часов) сообщить об этом лечащему врачу, по его решению - явиться на прием.

2.2.6.Принять и оплатить услуги ИСПОЛНИТЕЛЯ согласно новому скорректированному плану лечения.

**2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

2.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем, стоимость лечения, оказывать дополнительные медицинские услуги с согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

2.3.2. При необходимости направлять ПОТРЕБИТЕЛЯ в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых ПОТРЕБИТЕЛЕМ.

2.3.3. При отсутствии лечащего врача оказать услугу другим специалистом соответствующей квалификации с согласия ПОТРЕБИТЕЛЯ.

2.4. **ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК) имеет право:**

2.4.1. Получить информацию о результатах проводимого лечения, состоянии своего здоровья после проведенного лечения. По письменному заявлению получить справку, выписку, копию медицинской карты.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.4.2. Отказаться от услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходов по настоящему договору.

2.4.3.При обнаружении недостатков оказанной услуги ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 Закона о защите прав потребителей.

**3.Стоимость работ и порядок расчётов.**

3.1. Стоимость платных услуг определяется по прейскуранту, действующему на момент их оказания.

3.2. Сроки, стоимость и объем лечения согласовываются сторонами и указываются в предварительном плане лечения, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.3. Оплата услуг осуществляется в кассу лечебно-диагностического центра, в том числе с использованием банковских карт или путем перечисления денежных средств на лицевой счет учреждения.

3.4.100% оплата терапевтических и хирургических услуг производится ЗАКАЗЧИКОМ в день оказания услуги.

3.5. При ортопедическом лечении ЗАКАЗЧИКОМ вносится авансовый платеж в размере не менее 50% от общей стоимости услуги. Окончательная оплата производится после выполнения услуги. 100% оплата производится ЗАКАЗЧИКОМ временных ортопедических конструкций.

3.6. После оплаты ЗАКАЗЧИКУ выдается контрольно-кассовый чек и квитанция, содержащая перечень, объем и стоимость оказанных услуг или иной бланк строгой отчетности.

**4. Ответственность сторон. Порядок разрешения споров.**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Возникающие спорные вопросы, разногласия решаются с привлечением членов экспертной комиссии учреждения, при не достижении соглашения сторон - рассматриваются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения ими взятых на себя обязательств.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон в письменном виде и другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**6. Дополнительные условия**

6.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное решение ПОТРЕБИТЕЛЯ при условии заключения настоящего договора.

6.2. При оказании простых медицинских услуг (анестезия, рентгеновский снимок, осмотр, снятие коронки) функцию дополнительного соглашения выполняет квитанция.

6.3. Договор заключается в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

6.4. Подписывая настоящий договор, ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК), в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и Основами законодательства Российской Федерации, дает согласие на сбор, хранение и обработку персональных данных для достижения целей ИСПОЛНИТЕЛЕМ обязательств по настоящему договору.

6.5.Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ООО «Мирра-Дент», содержится в лицензии, представленной на информационных стендах ООО «Мирра-Дент» и сайте учреждения.

6.6.По соглашению сторон возможно внесение изменений в условия договора в письменном виде.

**7.Сведения о сторонах договора, реквизиты**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Альфа-Стом»**  Адрес: 454021, г. Челябинск, ул. Братьев Кашириных, 122 «А», нежилое помещение №6; тел. регистратуры: (351) 248-43-45; Сайт: : www. alfastom74.ru  Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 74 № 004627238 от 25.08.2006 г. (Инспекция Федеральной налоговой службы по Металлургическому району г. Челябинска) ОГРН 1067450024730 ИНН 7450044868 КПП 744701001 ОКПО 94791203 ОКВЭД 85.13  Директор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / В.А Луганский/  МП | **ЗАКАЗЧИК:**  / ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО заказчика /  Адрес: д. Новое поле ул.Ленина д. 2 кв.1  Паспорт:  **«Со всеми пунктами договора ознакомлен и согласен**  Заказчик:ИВАНОВА Таисия / ФИО заказчика /  Потребитель: ИВАНОВА Таисия Александровна / ФИО потребителя |