

надлежащего качества и могут угрожать его здоровью и здоровью других лиц (сотрудникам учреждения, посетителям, пациентам и др.); нарушения плана лечения, режима проводимых процедур, неоднократного неисполнения рекомендаций врача, появления на приеме в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, возникновения последствий и осложнений, о которых Потребитель был предупрежден до начала оказания услуг, состояния здоровья, не позволяющего продолжать стоматологическое лечение, если Потребитель отказывается от необходимого дополнительного комплекса обследований, лечения или от оплаты дополнительных необходимых услуг, от которых зависит результат лечения; неявки на очередную сеанс лечения в течение более (30 дней) от назначенной даты. Об отказе от исполнения обязательств, Исполнитель извещает Потребителя в письменном виде. Договор прекращается с момента получения уведомления.

3.2.5. Отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг при условии полного возмещения заказчику фактически понесенных им убытков.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут повлиять на качество оказываемых Исполнителем Услуг.

3.3.2. Строго следовать плану лечения, соблюдать все назначения и рекомендации, немедленно известить врача о любых осложнениях или отклонениях, возникших в процессе лечения.

3.3.3. Оплатить Услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На предоставление исполнения услуг по договору.

3.4.2. Отказаться от исполнения договора при условии информирования об этом Исполнителя не менее чем за 3 дня, оплатив при этом фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.4.3. На получение после исполнения Договора медицинских документов (копий, выписок из них) отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Данные сведения выдаются на основании письменного заявления Потребителя (законного представителя) в порядке и сроки, установленные приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

4. Гарантийные обязательства.

4.1. Стороны договорились, что гарантийные обязательства сохраняются при соблюдении Потребителем плана лечения и следующих условий:

-Потребитель обязан регулярно соблюдать правила гигиены полости рта и проводит профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в течение одного года гарантийных обязательств;

-Потребитель не реже одного раза в полгода обращается к своему лечащему врачу для прохождения бесплатного профилактического осмотра полости рта;

-Потребитель не проходит коррекцию Услуг и работ, исполненных Исполнителем, в других стоматологических учреждениях;

-В случае обращения Потребителя в другое лечебное учреждение за неотложной стоматологической помощью, он должен предоставить выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки.

Гарантийный срок составляет _____ месяцев, который начинается с момента завершения оказания услуг, а именно с

« _____ » _____ г.

4.2. Гарантийные сроки и обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Потребителя в период действия гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих тканях, а так же, в случае невыполнения данных в ходе и по окончании лечения рекомендаций лечащего врача, и в случае неявки пациента без уважительной причины на профилактический осмотр.

Необходимо пройти осмотр до / /
Дата гарантийного осмотра / Подпись пациента (ознакомлен и согласен) / Подпись и печать врача о прохождении осмотра

5. Сроки действия договора.

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств, предусмотренных настоящим договором.

6. Ответственность сторон, ФОРС-МАЖОР

6.1. Стороны несут ответственность за нарушение сроков оказания Услуг, причиненный вред, другое неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Стороны не несут ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательства по настоящему договору, если докажут, что это произошло вследствие наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), возникших после заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами, и Стороны предприняли все возможные и зависящие от них меры по надлежащему исполнению своих обязанностей. К форс-мажорным обстоятельствам относятся, в частности: индивидуальная непереносимость организма пациента на применяемые стоматологические материалы (в т.ч. отторжение имплантата), аллергические реакции и т.д. В случае возникновения форс-мажорных обстоятельств срок выполнения обязательств по настоящему договору переносится на период, в течение которого действуют такие обстоятельства и их последствия, либо договор, может быть расторгнут по соглашению сторон. При этом Стороны возмещают друг другу фактически понесенные расходы.

7. Порядок изменения и расторжения договора, дополнительные условия.

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны уполномоченными лицами сторон.

7.2. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон или решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации. Договор, может быть, расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной, принятых на себя обязательств.

7.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

«Исполнитель»

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1
г. Белгорода
308009, г. Белгород, ул. Преображенская, 56

ФИЛИАЛ N3652 ВТБ (ПАО) в г. Воронеж

ОГРН 1023101661307

Тел. (4722) 33-90-03, 25-71-57

Подпись _____
(полномочного по доверенности)

«Потребитель/Законный представитель»

Ф.И.О.

Паспорт серия номер

кем выдан

Дом.адрес

Телефон

Подпись

«Заказчик»

Ф.И.О.

Паспорт серия номер

кем выдан

Дом.адрес

Телефон

Подпись

Услуги по настоящему договору оказаны в полном объеме, претензий не имею. Экземпляр договора с приложениями на руки получил, условия договора мне

понятны, с ними согласен « _____ » _____ г. /