**Рамочный договор**

 **на оказание стоматологических услуг**

г. Волгоград "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

 Общество с ограниченной ответственностью «Студия улыбки», (ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), лицензия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Меньщикова Валерия Владимировчиа, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый (ая) Пациент, с другой стороны, и Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с третьей стороны, в дальнейшем совместно именуемые стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ:**

**Сведения об Исполнителе:**

1. **Полное наименование**: **Общество с ограниченной ответственностью «Студия улыбки»;**
2. **Адрес местонахождения:** г. Волгоград, ул. Репина, д 70А
3. **Адреса оказания медицинских услуг**: г. Волгоград, ул. Репина, д 70А
4. **Сведения о лицензии и лицензирующем органе**.

**Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации**: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Сведения о Пациенте** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Фамилия, имя и отчество *(если имеется)*, адрес места жительства)**ПЛАТЕЛЬЩИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент обязуется принять указанные услуги на условиях Договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста) и оплатить их стоимость.
	2. В рамках Договора оказываются услуги по: стоматологии общей практики, ортопедической стоматологии, стоматологии хирургической, (именуемые далее – «стоматологические услуги»). Перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания конкретизируется в Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью Договора. Объем, сроки, стоимость услуг согласовывается с Пациентом письменно. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения на основе клинических рекомендаций и стандартов лечения.
	3. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», стандартов оказания медицинской помощи по профилю «стоматология», клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом.
	4. Так как результат оказания медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния здоровья, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

1.5. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств, по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших успешных достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не может являться 100% прогнозируемым и может выражаться в в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких либо изменений, даже в ухудшении патологических процессов.

1.6. Договор является рамочным, то есть договором с открытыми условиями в соответствии со ст. 429.1 ГК. РФ

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1 Права и обязанности Исполнителя:**

**Обязанности Исполнителя:**

1. Обеспечить качественное оказание стоматологических услуг Пациенту, соответствующее требованиям, предъявляемым к услугам данного вида.
2. Вести медицинскую документацию Пациента.
3. Предложить Пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг, а также ознакомить с планом предполагаемого лечения, согласовать план лечения, его стоимость. В случае изменения Плана лечения, возникновения необходимости или желания Пациента оказать дополнительные услуги, внести изменения в План лечения дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью данного договора. Все изменения согласовываются с Пациентом письменно.
4. Информировать Пациента о стоимости услуги до ее оказания.
5. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Пациенту полную и достоверную информацию в устной форме: о состоянии полости рта в рамках специализации врача; о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, диагностики, медикаментах, материалах и их эффективности; о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее; о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги. В случае изменения указанной информации в процессе лечения Исполнитель сообщает Пациенту актуальные данные, изменяя подписанный Пациентом первоначальный план лечения, путем заключения дополнительного соглашения, являющегося неотъемлемой частью данного договора.
6. Исполнитель предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
7. При отказе от медицинского вмешательства Исполнитель разъясняет Пациенту в доступной для него форме возможные последствия такого отказа.
8. Обеспечивать соблюдение врачебной тайны.

**Права Исполнителя:**

1. Требовать от Пациента надлежащего исполнения обязательств по Договору.
2. Требовать от Пациента исполнения всех предписаний специалистов Исполнителя.
3. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество необходимых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.
4. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по Договору до предоставления необходимой информации.
5. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов.
6. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.
7. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача в запланированный день приёма и невозможности предупредить об этом Пациента заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Пациента для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Пациента время.
8. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Пациента для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Пациента. В исключительных случаях, при недостижении терапевтического сотрудничества замена производится без согласия Пациента, по решению руководителя на основании ст. 70 323 ФЗ.

**2.2. Права и обязанности Пациента:**

**Обязанности Пациента:**

1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и своевременно сообщать Исполнителю об изменениях в представленной информации, имеющих значение для исполнения Договора. Пациент обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.
2. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями, отказ от медицинского вмешательства.
3. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.
4. Выполнять указания лечащего врача во время оказания услуги.
5. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. В том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.
6. При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Пациентом и факт получения уведомления Исполнителем.
7. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в сроки и порядке, предусмотренных Договором, включая дополнительные стоматологические услуги, вызванные двусторонне-согласованным изменением плана лечения.
8. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещениях Исполнителя.
9. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Пациента.
10. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.
11. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

2.2.12 Соблюдать гигиену, гигиену полости рта.

**Права Пациента:**

1. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту-стоматологу.
2. Знакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг; Уставом исполнителя; лицензией на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг).
3. Получать достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.
4. Получать максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).
5. Пациент на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

1. Стоматологические услуги оказываются Пациенту амбулаторно в помещениях Исполнителя.
2. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Пациента.
3. Оказываемая медицинская услуга представляет собой стоматологическую помощь согласно плану лечения.
4. Пациент предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию (в том числе диагностические и лабораторные исследования), информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях.
5. Медицинским документом, в котором лечащими врачами ведётся запись истории болезни Пациента и назначаемого ему лечения является амбулаторная карта стоматологического пациента. Амбулаторная карта хранится у Исполнителя в течение 5 лет.
6. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
7. Пациент незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несёт ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Пациента, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.
8. Платные стоматологические услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента на консультацию и осмотр, план лечения, медицинские вмешательства, подписанного Пациентом и лечащим врачом. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство является неотъемлемой частью договора Пациента. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий также оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом и лечащим врачом. Неотъемлемой частью договора также является Положение о гарантиях ООО «Студия улыбки», но настоящим договором Пациент уведомлен, что сроки гарантии и сроки службы могут относиться лишь применительно к материальным (овеществленным) результатам медицинской помощи, а именно имплантаты, ортопедические и ортодонтические конструкции, пломбы и реставрации (совокупность изделий медицинского назначения, используемых для устранения эстетических и функциональных дефектов зуба), то есть на гарантии, данные производителем данных медицинских изделий.
9. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в том числе биометрических персональных данных, Пациента (п. 1 ст. 3; п. 1 ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных») всеми способами, указанными в п. 3 ст. 3, Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору. Срок хранения персональных данных Пациента соответствует сроку хранения амбулаторной карты стоматологического пациента. Пациент в праве отказаться от обработки персональных данных. Данные вносятся со слов Пациента, без предъявления паспорта.
10. Исполнитель не оказывает услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также, если Пациент находится в состоянии опьянения. Пациент направляется лечащим врачом в профильный дежурный стационар, или посредством вызова СМП.
11. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания ее получить и подписания Договора, либо в срок, который Пациент установил, как дату своего прихода на прием. Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется, исходя из медицинских показаний, в каждом конкретном случае индивидуально и указывается в Плане лечения, примерные сроки лечения указаны в стандартах оказания помощи по профилю «стоматология» и клинических рекомендациях, утвержденных Минздравом и иными нормами законодательства, регулирующих данный вопрос.
Пациент имеет право на соблюдение Исполнителем разумных сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики, течения заболевания, наличия осложнений.
12. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения согласия Пациента. В случае отказа, оплате подлежат фактически оказанные стоматологические услуги. Оформляется отказ от получения медицинской помощи Пациентом.

**4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГАХ**

* 1. Учитывая технологию выполнения медицинской услуги Пациент знает и осознаёт вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить временный дискомфорт и физические неудобства Пациенту, а именно:
		1. Боль, дискомфорт, отечность, опухоль, повышенная чувствительность к теплу и холоду, временное затруднение открытия рта, снижение чувствительности и онемение кожных покровов, и слизистых оболочек;
		2. Физиологические особенности организма Пациента допускают возможность возникновения иных побочных эффектов при оказании медицинской услуги.
	2. Учитывая, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие особенностей фармакологического воздействия, биологических особенностей организма, а используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность.
	3. Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.
	4. Заключая Договор Пациент осознает, что в процессе оказания медицинской услуги существует возможность необходимости изменения плана лечения полностью или частично, включая дополнительные медицинские процедуры (и манипуляции), которые невозможно предвидеть на момент первичного осмотра определенно или полностью. На момент начала оказания медицинской услуги допускается установление предварительного диагноза. Все изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, с письменного согласия Пациента.
	5. Пациент осознает, что при оказании ему медицинской услуги, при установлении окончательного диагноза в План лечения могут быть внесены коррективы, включая обращения к иным специалистам (хирургия, лечение десен, осложненный кариес, протезирование и др.). Все изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору, с письменного согласия Пациента.
	6. Пациент согласен с тем, что при установлении окончательного диагноза, в ситуации, когда невозможно прекратить оказание медицинской услуги (раскрытая полость рта, неотложное состояние и др.) лечение по установленному окончательному диагнозу оказывается только Исполнителем.

**5. КАЧЕСТВО УСЛУГ**

* 1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры.
	2. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

**6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

1. Стоимость услуг по Договору определяется, исходя из действующего на дату оказания услуг у Исполнителя Прейскуранта, который является неотъемлемой частью Договора, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.
2. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
3. При планировании ортопедического лечения изначально рассчитывается общая сумма лечения, что отражается в Плане лечения. Сумма выплачивается не позднее дня установки ортопедической конструкции.
4. При лечении и удалении зубов расчёт проводится путем внесения оплаты после лечения.
5. В процессе лечения может возникнуть необходимость в корректировке (изменении) плана лечения, связанная с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и других видах диагностики и т.д.). Эти корректировки могут влиять на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Пациенту. При этом Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть Договор в одностороннем порядке, письменно уведомив об этом Исполнителя, оплатив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Если Пациент письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.
6. Оплата осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.
7. Исполнитель предоставляет Пациенту документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).
8. Исполнитель разъясняет, а Пациент понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Пациентом в рамках Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.
3. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств.
4. Если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон Договора ответственности не несет, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Пациенту остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.

**8. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГВОРА**

1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
2. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью.
3. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
4. При несвоевременной или неполной оплате Исполнитель может расторгнуть Договор в одностороннем порядке. При этом оплате подлежат фактически оказанные Пациенту услуги и пени за просрочку оплаты.

**9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГВОРА**

1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного исполнения обязательств сторон Договора. Сроки определяются стандартами оказания медицинской помощи, а так же клиническими рекомендациями.

**10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

1. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и имеют одинаковую юридическую силу.
2. После подписания Договора все предыдущие письменные и устные соглашения, переговоры и переписка между Сторонами теряют силу, если на них отсутствует ссылка в Договоре.
3. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, правил гигиены полости рта. могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 ФИО и подпись Пациента

 **В договоре не обязательно будет соблюден номерной порядок актов, так как Пациенту может быть оказан не полный спектр услуг ООО «Студия улыбки»** из-за отсутствия показаний.

**11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:****ООО «Студия улыбки»**Адрес местонахождения юр.лица:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ директор  М.П. | **Пациент:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Ф.И.О.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес местонахождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись) | **Плательщик:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Ф.И.О.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес местонахождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись) |

 |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |