

**Договор  
оказания стоматологических услуг**

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

ООО «МГМ-ГРУПП», в лице Генерального директора Алиева Марата Расуловича, действующего на основании Устава, и лицензии на осуществление медицинской деятельности НЛО-77-01-013584 от 30.11.2016 г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны и

Гр. \_\_\_\_\_

*(ФИО полностью)*

именуемый в дальнейшем «Заказчик» или «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны»,

заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента, обязуется оказать следующие медицинские стоматологические услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

Исполнитель обязуется предоставить Пациенту стоматологические услуги по следующим видам:

- терапевтическое лечение
- хирургическая стоматология
- протезирование зубов

1.2. Услуги оказываются лечащим врачом, указанном в Приложении № 1 к настоящему Договору, в помещении, на оборудовании, и материалами Исполнителя.

Врач проводит консультацию Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, протезирования, предполагаемые результаты и составляет план лечения и протезирования по форме, указанной в Приложении N 1 к настоящему договору – «Соглашение об объеме и стоимости стоматологических услуг».

1.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент дает информированное добровольное согласие на оказание услуг в данной медицинской организации и указанным в Приложении № 1 врачом, и подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом цен.

Пациент, подписывая Соглашение об объеме и стоимости стоматологических услуг, подтверждает, что получил в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания стоматологических услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания стоматологических услуг. Пациент дает предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной информации.

Пациент подтверждает, что получил информацию о существующих льготах и гарантийных сроках на проводимое лечение и/или зубное протезирование, а также о безвозмездном устранении недостатков и дефектов пломб и зубных протезов, выявленных в процессе эксплуатации.

Пациент согласен с тем, что в том числе в виду индивидуальных особенностей организма нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого результата с тем, который будет получен после оказания услуги.

1.4. Пациент подтверждает, что ознакомился со всей информацией, расположенной на сайте Исполнителя [www.mosartdent.ru](http://www.mosartdent.ru).

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

## **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **2.1. Пациент обязуется:**

2.1.1. Предоставить всю известную, необходимую информацию о состоянии своего здоровья, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях и другие сведения, касающиеся его личности, которые могут повлиять на выбор и метод оказания медицинских услуг.

Пациент согласен, что вся информация о состоянии здоровья будет отражена в медицинской карте, которая ведется в электронном виде лечащим врачом.

2.1.2. Выполнять все указания, предписания, назначения врача и медицинского персонала, соблюдать все условия проводимого лечения/протезирования.

Пациент, подписывая настоящий Договор, подтверждает, что он информирован о возможном снижении качества предоставляемой услуги при несоблюдении требований и рекомендаций лечащего врача;

2.1.3. Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения, (протезирования) и возможными осложнениями и на основании полученной информации подписать или отказаться от подписания Соглашения об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг», подтверждающее согласие Пациента. Пациент соглашается с тем, что при возникновении необходимости проведения дополнительных диагностических и/или лечебных мероприятий, оплата за указанные работы, производится отдельно.

2.1.4. Являться на лечение (протезирование), в установленное врачом время. В случае невозможности явки на лечение или контрольный осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом врача не менее чем за сутки.

2.1.5. Соблюдать гигиену полости рта.

2.1.6. При появлении боли, дискомфорта и любых других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно (в течение суток) извещать лечащего врача. Невыполнение данного условия освобождает Исполнителя от ответственности за несвоевременность оказания необходимой помощи/лечения.

2.1.7. Являться на профилактические осмотры не реже чем 1 раз в 3 (Три) месяца.

2.1.8. Своевременно оплачивать стоматологические услуги, предоставленные Исполнителем, в соответствии с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги и настоящим Договором.

При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникшей по вине Пациента, оплатить услуги Исполнителя, предусмотренные Договором и Приложениями к нему в полном объеме.

### **2.2. Пациент имеет право:**

2.2.1. Получить стоматологические услуги в полном объеме, необходимом для качественного проведения лечения (протезирования).

2.2.2. При наличии обоснованных претензий к качеству и срокам предоставляемой услуги требовать от Исполнителя уменьшения стоимости предоставленной услуги, исполнения ее другим специалистом, либо расторжения Договора и возмещения убытков в размере стоимости некачественно оказанной услуги.

2.2.3. В любое время отказаться от лечения, при этом полностью оплатить полученные услуги. В этом случае Пациент не вправе предъявлять претензии по качеству незавершенного лечения, сумма задатка в таком случае распределяется в соответствии с законодательством и не входит в расчет стоимости уже оказанных услуг.

### **2.3. Исполнитель обязуется:**

2.3.1. Осуществить собеседование и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения (протезирования) и составить

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

План лечения/ протезирования по форме, указанной в Приложении N 1 к настоящему договору – «Соглашение об объеме и стоимости стоматологических услуг».

2.3.2. Использовать методы диагностики, профилактики, разрешенные на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения.

2.3.2. В соответствии с предварительным диагнозом и медицинскими показаниями осуществлять качественное лечение (протезирование) в полном объеме.

2.3.3. Вести амбулаторную историю болезни (медицинскую карту) Пациента в электронном виде, отражая в ней результаты обследования и проводимого лечения.

#### **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, а также в иных случаях на усмотрение руководителя Исполнителя, назначить другого врача для проведения лечения/протезирования.

Сроки проведения лечения/протезирования могут быть увеличены на период ожидания лечащего врача.

2.4.2. Отказать в оказании услуги при наличии у Пациента медицинских противопоказаний.

2.4.3. Привлечь к оказанию услуг (выполнению работ) по настоящему договору иных соисполнителей (в т.ч. другие организации).

2.4.4. В одностороннем порядке расторгнуть Договор при несоблюдении Заказчиком требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающем возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей по Договору, а также в случае некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий на прием.

2.4.5. При неявке на очередной сеанс лечения в течение более 5 (Пяти) дней от назначенной лечащим врачом даты отказаться от исполнения Договора или соблюдения срока оказания услуг. При этом Исполнитель возвращает Пациенту сумму аванса, если он производился, за вычетом произведенных Исполнителем работ и стоимости израсходованных материалов (затрат на мед. препараты, устройства, брекететы, временные и постоянные протезы и проч., а также на выполненные и связанные с заказом материалов работы) по его письменному заявлению на указанный в заявлении его счет.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость стоматологических услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяется по действующему на дату оказания услуг Прейскуранту Исполнителя.

3.2. Пациент соглашается с тем, что стоимость стоматологических услуг, согласованная с ним после осмотра и указанная в Приложении № 1 к настоящему Договору, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Точная стоимость определяется после завершения лечения.

3.3. Пациент обязан оплачивать дополнительные консультации и дополнительные (специализированные) методы обследования, в т.ч. рентгенографические и другие диагностические мероприятия, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату.

3.4. Пациент обязан уплатить задаток в размере \_\_\_\_\_  
сумма цифрами  
( \_\_\_\_\_ ) рублей непосредственно после

Сумма прописью

заключения Договора либо в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента его подписания.

Стороны согласовали, что любая сумма предоплаты, если не указано иное, переданная в рамках настоящего Договора, является задатком

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

Задаток при оказании услуг по протезированию, если стороны не согласовали иное, используется для закупки Исполнителем расходных материалов и изготовления (в т.ч. третьими лицами по заказу Исполнителя) необходимых элементов протезирования (в т.ч. протезов, коронок и проч.).

Исполнитель имеет право приостановить оказание услуг либо не начинать лечение/протезирование до момента внесения Задатка.

3.5. Окончательный расчет за оказанные услуги происходит между Сторонами непосредственно в день завершения лечения/протезирования.

3.6. Оплата производится наличными рублями в кассу, кроме того оплата может быть произведена путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным не запрещенным законом способом по соглашению Сторон договора.

3.7. Стороны по письменному соглашению могут предусмотреть иной порядок оплаты за услуги.

3.8. Услуги могут быть оплачены третьей стороной (по указанию Пациента).

#### **4. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИИ**

4.1. Исполнитель предоставляет гарантию на оказанные услуги (выполненные работы) сроком на 1 (Один) год. Необходимым условием для возникновения гарантийных обязательств является проведение профессиональной гигиены полости рта, контрольных и профилактических осмотров, рекомендованных лечащим врачом и указанных в медицинской карте Пациента.

4.2. Исполнитель гарантирует Пациенту качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий в соответствии с принятыми Исполнителем методиками и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

4.2. Зуб (зубы), ранее подвергавшиеся лечению в других медицинских учреждениях и имеющие признаки некачественного прохождения корневых каналов и некачественной пломбировки (некачественно залеченным корневым каналом считается недопломбировка его более чем на один мм от физиологической верхушки корня), могут по желанию Пациента подвергнуты повторному «условному» лечению. При этом при перелечивании каналов (канала) такого зуба (зубов) часто происходит обострение хронического процесса, Исполнитель не имеет возможности дать гарантию на сохранность указанного зуба и исключить его удаление полностью. Стоимость «условного» лечения зуба (зубов) в случае их последующего удаления возврату не подлежит. Если Пациент настаивает на сохранении такого зуба (зубов) после перелечивания и возникновения необходимости его удаления, то Исполнитель не несет ответственности за наступающие в связи с этим неблагоприятные последствия. Первичное эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) зуба также может привести к осложнениям по независящим от врача причинам (анатомические особенности строения зуба, общее состояние здоровья) и привести в дальнейшем к хирургическому вмешательству.

4.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

4.4. Пациент осознает и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно: строгое выполнение всех рекомендаций и предписаний врача, посещение врачебного кабинета в назначенный срок, предоставление точной и подробной информации о

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне поликлиники лечении, информирование при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения, обращение к Исполнителю в случае дискомфорта в области проведенного лечения.

4.5. Гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение/ протезирование, сохраняются только при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом и все обязательства, предусмотренные настоящим Договором.

4.6. Гарантия не предоставляется в случае переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении, возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике, ремонта и исправления работы самим пациентом.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае вреда его здоровью при оказании медицинской помощи Пациент имеет право на возмещение ущерба в соответствии с действующим законодательством.

5.2. В случае обоснованности ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Исполнитель по обращению Пациента исправляет за свой счет и своими силами все недостатки в выполненной работе (оказанной услуге).

5.3. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом при возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, не отмечавшихся ранее, при непредставлении Пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, в случае наступления последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелых системных заболеваний, лучевой и химиотерапии, оперативных вмешательствах и т.п.), отказа Пациента от необходимого дополнительного комплекса обследования и лечения.

5.3. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за нарушение сроков исполнения обязательств, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на прием к лечащему врачу, либо невыполнение в назначенные врачом сроки необходимых обследований, либо специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение.

## **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Пациент соглашается с тем, что все свои предложения, замечания, претензии, заявления по настоящему Договору, а также в связи с ним, принимаются Исполнителем только в письменном виде.

В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, письменная претензия является обязательной. Срок рассмотрения претензии – 30 (Тридцать) дней с момента ее получения.

6.2. Пациент соглашается, что предоставленная им при заключении Договора информация, а также результаты лечения/протезирования могут быть использованы Исполнителем для последующего информирования других пациентов, в т.ч. в рекламных целях.

6.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

6.4. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской стоматологической помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

6.5. Заключение настоящего Договора отменяет все ранее достигнутые устные и/или письменные договоренности Сторон.

6.6. Стороны пришли к соглашению об обмене информацией (в форме обращений, заявлений, требований и проч.) по настоящему договору путем направления/получения смс- сообщений, сообщений по WhatsApp (Ватсап), а также по электронной почте по контактам и адресам, указанных в реквизитах к настоящему Договору. Стороны признают юридическую силу такой переписки и подтверждают, что дополнительного подтверждения переписка не требует.

6.7. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного года. Если ни одна из сторон в письменной форме за месяц до истечения срока действия договора не заявит о необходимости прекращения договора, договор автоматически пролонгируется на каждый следующий календарный год.

6.8. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

**Исполнитель: ООО «МГМ-групп»**

ИНН/КПП 7705699084/772901001

Юридический адрес: 119285, г. Москва, ул. Пудовкина, д. 5

Р/с: 40702810580800001200 в ЗАО «КРЕДИТ ЕВРОПА БАНК» г. Москва

К/с:30101810900000000767, БИК: 044525767

Конт. телефон: 8-499-147-67-94

WhatsApp (Ватсап ) 8903-799-01-45

Генеральный директор \_\_\_\_\_ / М. Р. Алиев

**Пациент:** \_\_\_\_\_

Паспорт РФ

\_\_\_\_\_

Место жительства

\_\_\_\_\_

Контактный телефон 8-499-147-67-94

WhatsApp (Ватсап) 8-903-799-01-45

E-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись

расшифровка подписи

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

**Приложение N 1**  
**к Договору оказания стоматологических услуг**  
**от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.**

**Соглашение об объеме и стоимости стоматологических услуг**

Пациент \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО)

1. В рамках договора на оказание стоматологических услуг, подтверждает свое добровольное согласие на получение следующих платных медицинских услуг в ООО «МГМ-ГРУПП» в соответствии с Планом лечения, составленным лечащим врачом.

2. Пациент ознакомлен с гарантийными обязательствами и согласен оплатить стоимость стоматологических услуг, рассчитанную в соответствии с прейскурантом, в размере \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб.

(сумма цифрами)

(сумма прописью)

Задаток определяется и уплачивается в соответствии с Договором.

Сумма части оказанных услуг может быть отражена в соответствующем Счете.

Иной порядок оплаты (в случае изменения): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать какие суммы и в какие сроки оплачиваются, например: задаток в день 1 посещения)

3. Пациент ознакомлен с информацией о невозможности предоставления 100% гарантии положительных результатов лечения/протезирования и о возможности возникновения при проведении манипуляции и после них как в ближайшем, так и в отдаленном периоде различных осложнений, о вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «МГМ-ГРУПП» не несет ответственности за их возникновение.

4. Лечащий врач: \_\_\_\_\_

5. Сроки оказания услуг:

Начало оказания услуг \_\_\_\_\_ (дата)

Услуги оказываются до \_\_\_\_\_ (дата)

6. При изменении лечения возможно изменение сроков и стоимости оказываемых услуг.

7. Настоящее соглашение Пациентом прочитано, понято, вопросов и замечаний не имеется.

**Пациент** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_,

Соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании стоматологических услуг ООО «МГМ-ГРУПП»

Генеральный директор \_\_\_\_\_ / М. Р. Алиев

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

проживающий по адресу

\_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «МГМ-ГРУПП» расположенному по адресу: 119285, г. Москва, ул. Пудовкина, (далее - Оператор) моих персональных данных (далее по тексту- ПД) , необходимых для составления и исполнения договора, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья зубов, заболеваниях, случаях обращения за стоматологической помощью в медико-профилактических целях, в целях оказания стоматологических услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими ПД , включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение , использование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои ПД с использованием автоматизированных средств (компьютерная программа), а также без использования средств автоматизации на бумажном носителе.

Я предоставляю Исполнителю право хранения моих ПД в соответствии законодательством.

Передача моих ПД иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем письменного уведомления, направленного в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Оператора не позднее 1 (Одного) месяца до момента отзыва согласия.

В случае получения моего письменного уведомления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени , необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого стоматологической услуги.

**Настоящее согласие действует со дня его подписания бессрочно.**

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Исполнитель \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_