

Договор утверждён Советом Стоматологической ассоциации (Общероссийской) 7 февраля 1997 года.

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № ____/А (Договор обследования)

(Дата)

Мы, нижеподписавшиеся, ООО «ТЕХНИП» именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Генерального директора Подвысоцкой Н. Г., действующего на основании Устава (Положения), лицензии №ЛО-77-01-006/22 от 2013 года на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ №736 от 11 мая 2023 года, с одной стороны,

и _____
(ФИО пациента)

именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется поручить врачу _____

(ФИО врача)

осуществить в оговорённое с ЗАКАЗЧИКОМ время собеседование и осмотр ЗАКАЗЧИКА для установления предварительного диагноза, объёма необходимого лечения, и о результатах обследования, исчерпывающе проинформировать ЗАКАЗЧИКА, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте ЗАКАЗЧИКА. В амбулаторной карте ЗАКАЗЧИК делает письменную отметку об оказании с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями.

2.1. ЗАКАЗЧИК обязуется предварительно оплатить стоимость действий, предусмотренных п.1.1 настоящего договора, по расценкам прейскуранта, с которыми ЗАКАЗЧИК предварительно ознакомился.

2.2. ЗАКАЗЧИК соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путём проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей у ИСПОЛНИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ оставляет за собой право направить ЗАКАЗЧИКА в иную специализированную медицинскую организацию.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

НАИМЕН. СТОМАТ. ОРГАНИЗ. ООО «ТЕХНИП»

АДРЕС: Москва, ул. Генерала Белова, 27 стр.1

ОГРН: 1037724067094

ИНН: 7724294037

ЗАКЗЧИК:

ФИО пациента: _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № ____/Б (Договор лечения)

(Дата)

Мы, нижеподписавшиеся, ООО «ТЕХНИП» именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Генерального директора Подвысоцкой Н. Г., действующего на основании Устава (Положения), лицензии №ЛО-77-01-006/22 от 2013 года на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ №736 от 11 мая 2023 года, с одной стороны,

и _____
(ФИО пациента)

именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

1.1. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесёнными в амбулаторную карту ЗАКАЗЧИКА (п.1.1. договора № ____/А от _____ года) врачом _____ осуществить качественное лечение.

1.2. Поручить лечение врачу _____, который обязан обеспечить качественное и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением, в случае необходимости, обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе назначить другого врача для проведения лечения.

2. ЗАКАЗЧИК обязуется:

2.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала.

2.2. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.3. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.

2.4. Производить предварительную оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которым ЗАКАЗЧИК ознакомился перед заключением договора.

3. Заказчик соглашается с тем, что специальные виды лечения (хирургические, профилактические, зубное протезирование и пр.) будут осуществляться специалистами ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4. ИСПОЛНИТЕЛЬ несёт ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии своей вины.

5. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ЗАКАЗЧИКОМ по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается главным врачом (заместителем главного врача) ИСПОЛНИТЕЛЯ. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются клинико-экспертными комиссиями, и (или) экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации (Общероссийской) в установленном порядке.

6. Прочие условия: _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

НАИМЕН. СТОМАТ. ОРГАНИЗ. ООО «ТЕХНИП»

АДРЕС: Москва, ул. Генерала Белова, 27 стр.1

ОГРН: 1037724067094

ИНН: 7724294037

ЗАКЗЧИК:

ФИО пациента: _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____