**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ №**

г.Хабаровск

**Общество с ограниченной ответственностью «Импульс»**, Стоматологическая клиника «BIOforDENT», в лице врача стоматолога , действующей на основании доверенности и лицензии № ЛО-27-01-002413 от 01.11.2017 года, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, с одной стороны, и , именуемый(ая) в дальнейшем **«Клиент»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Клиника обязуется оказать Клиенту, на возмездной основе, стоматологические услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Клиент обязуется своевременно и добровольно оплатить стоимость стоматологических услуг.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Клиент имеет право:**

2.1.1. Немедленно обращаться в Клинику в случае появления любых осложнений при оказании стоматологической услуги (воспаление, боль, отек), в т.ч. сообщать по телефону.

**2.2. Клиент обязан:**

2.2.1.Являться на профилактические осмотры в период гарантийного срока и после него в следующем порядке: при заболевании кариесом – 2 раза в год, при заболеваниях тканей пародонта – 4 раза в первый год после лечения и 2 раза в год – в последующие годы.

2.2.2. Предоставить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также выполнять все требования Клиники и врача, обеспечивающие качественное оказание стоматологических услуг по настоящему Договору.

2.2.3. Являться на прием в установленное время, согласованное с Клиникой. При невозможности явиться на прием в оговоренное время предупредить об этом Клинику не менее чем за 12 часов до времени посещения.

2.2.4. После процедуры установки импланта, приступить к следующему этапу (установки формирователя десны, протезированию) в установленные врачом сроки.

2.2.5. Оплатить стоматологические услуги путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, указанный в настоящем договоре, или в кассу Клиники, после каждого посещения врача.

2.2.6. По окончании получения услуги и наличии результата - принять результат, поставив свою подпись в акте выполненных работ, а при обнаружении отступлений или недостатков немедленно заявить об этом Клинике.

2.2.7. В случае невозможности оказания стоматологической услуги, возникшей по вине Клиента (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых предписаний/рекомендаций, иных действий или бездействий), оплатить фактически понесенные Клиникой расходы.

2.2.8. Исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.2.9. Пациент информирован о том, что после оказания стоматологических услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком работы (услуги), так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма.

**2.3. Клиника имеет право:**

2.3.1. По согласованию с Клиентом изменить, по медицинским показаниям, объем, сроки, стоимость, порядок и условия оказания стоматологических услуг, заменить лечащего врача Клиента.

2.3.2. Не приступать, либо приостановить, оказание стоматологических услуг в случае, если Клиент нарушает условия настоящего Договора и потребовать от Клиента уплату фактически понесенных расходов.

**2.4. Клиника обязана:**

2.4.1. Выполнить стоматологические услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором и соответствующими приложениями.

2.4.2. Предоставить Клиенту необходимую информацию в форме, объеме и на условиях, установленных требованиями действующего законодательства.

2.4.3. Исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

**3. СТОИМОСТЬ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Общая стоимость договора составляет сумму, всех стоматологических услуг, согласованных с Клиентом в комплексном плане лечения. Предусмотрена как устная, так и письменная форма плана лечения.

3.2. Услуги по протезированию Клиент оплачивает в следующем порядке: 50 % стоимости – перед началом протезирования, 50 % - в течение срока протезирования, до сдачи результата Клиенту.

3.3. На основании дополнительного соглашения Клиника вправе предоставить Клиенту кредит, или рассрочку платежа за оказанные услуги, с привлечением заемных средств путем оформления соответствующего договора с уполномоченным Банком.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Срок действия договора: начало – с даты его заключения, и является бессрочным. Срок оказания конкретных услуг согласовывается дополнительно в устной форме.

4.1.1. Срок изготовления ортопедических конструкций: безметалловая керамика, металлокерамика, цельнолитые и штампованные коронки – от 1 до 3 недель, ПСП, ЧСП от 2 до 4 недель, бюгельное (съемное) протезирование – от 3 недель до 6 месяцев.

4.1.2. В исключительных случаях Клиника может в одностороннем порядке изменять установленные сроки в зависимости от сложности работ.

4.2. Расторжение Договора осуществляется Клиникой либо Клиентом по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. Клиент вправе расторгнуть настоящий Договор в любое время, оплатив Клинике стоимость оказанных стоматологических услуг.

**5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

5.1. Стороны руководствуются действующим законодательством. Клиника несет ответственность в соответствии с законом РФ «О защите прав потребителей» и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

5.2. Споры и разногласия, возникающие между Клиникой и Клиентом, по вопросам, связанным с исполнением настоящего договора, рассматриваются в обязательном предварительном претензионном порядке. Срок рассмотрения претензий не может превышать 30 дней с момента предъявления претензии. В случае если стороны не смогут урегулировать споры и разногласия путем переговоров, рассмотрение споров и разногласий будет производиться в суде Индустриального района г. Хабаровска.

5.3. Клиника не несет материальной ответственности перед Клиентом в случае:

5.3.1. Возникновений осложнений по вине Пациента: не соблюдения гигиены полости рта, не выполнения назначений врача, несвоевременном сообщении о возникших нарушениях и др.

5.4. Гарантийный срок на качество оказываемых Клиникой услуг составляет двенадцать месяцев.

5.4.1. Гарантия на лечение сохраняется при наличии договора и документа об оплате.

5.4.2. Гарантия не предоставляется:

- на пломбы из цементных материалов свыше трех месяцев;

- на перелечивание зубов, ранее леченных в других клиниках.

- в случае, если клиент не являлся на контрольный профилактический осмотр, через каждые 6 месяцев.

- в случае неявки или обращения Клиента, в период лечения (протезирования) в другую стоматологическую клинику, к другому врачу, на предмет исправления работ, продолжения работ неоконченных, связанных с предметом настоящего договора.

5.5. В случае дефекта ортопедической конструкции по вине Пациента ремонт или его замена производится за счет Пациента.

5.6. Гарантируется полное приживление имплантантов в 98 % случаев (срок службы от 5 лет и более).

Если после проведенной операции (до протезирования), в период от 1 до 4 месяцев, происходит отторжение имплантанта - пациенту возмещается 50% стоимости на повторную установку.

5.7. Объем, сроки, стоимость, порядок и условия предоставления и получения конкретных услуг, дополнительные гарантийные обязательства и прочие необходимые сведения устанавливаются, помимо настоящего Договора, в соответствующих приложениях.

5.8. Все дополнения и приложения к настоящему Договору вступают в силу с момента их подписания сторонами и являются его неотъемлемой частью.

5.9. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.10. Настоящий Договор содержит информированное добровольное согласие, анкету пациента, согласие на обработку персональных данных, акты выполненных работ.

Информируем вас, что стоматологические услуги вы можете получить бесплатно по полису ОМС в поликлинике по месту жительства.

**6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клиника**    **ООО «Импульс»**  ИНН 2723111852,  КПП 272301001  Адрес: 680020, г. Хабаровск,  ул. Волочаевская, д. 85  р\с 40702810446780000012  в Дальневосточном филиале ПАО "Росбанк" г. Владивосток  кор/сч 30101810300000000871  бик 040507871  Тел. 8 (4212) 456-400  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Договор составлен на трех страницах | **Клиент**    ФИО  Адрес  Тел.      Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Даю свое согласие на оповещение меня о датах и времени  следующих посещений по телефону, электронной почте, смс,  действующих и предстоящих акциях и скидках,  о новостях клиники и др. информации. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  Даю свое согласие на обработку, накопление, хранение  персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |