**ДОГОВОР**

**оказания стоматологических услуг №** \_\_\_\_\_\_

«\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 г.

Мы нижеподписавшиеся, ООО МК «ВАРИОКС» (Клиника стоматологии «МАЭСТРО»)

именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице ген. директора Наибова О.В.

действующего на основании Устава (Положения), лицензия № ЛО-86-01-001955 от 26 ноября 2014 г. на оказание

медицинских услуг с одной стороны

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ф. , и. , о. пациента

именуемая в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны ,заключили настоящий договор о нижеследующем:

* 1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется поручить врачу Наибову Омаргаджи Варисовичу

осуществить в оговоренное время консультацию и осмотр **Пациент**а для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, и о результатах обследования исчерпывающе проинформировать **Пациента**, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте. В амбулаторной карте **Пациент** делает письменную отметку об ознакомлении с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями.

2.1. **Пациент** соглашается с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем 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 **Пациента**  в иную специализированную медицинскую организацию.

1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:**

1.1 В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения внесенными в амбулаторную карту **Пациента**

(п. 1.1 договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г) врачом \_\_\_\_\_\_Наибовым О.В.\_\_\_\_\_ (который обязан обеспечить качественное и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением, в случаи необходимости, обезболивающих средств. В случаи непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** вправе назначить другого врача для проведения лечения.

**2. Пациент обязуется:**

2.1.Выполнить все указания лечащего врача и медицинского персонала.

2.2 Является на лечение в установленное время, согласованное врачом.

2.3 Соблюдать гигиену рта и являться на назначенные медицинские проверки.

2.4 Производить оплату медицинских услуг по факту сделанных работ, по расценкам прейскуранта **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, с которым **ЗАКАЗЧИК** ознакомился перед заключением настоящего договора.

**3**. **Пациент** соглашается с тем, что специальные виды лечения (профилактические, зубное протезирование и пр.) будут осуществляется соответствующими специалистами **ИСПОЛНИТЕЛЯ.**

**4**. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины;

• безвозмездного устранения недостатков услуги

**5**. Исполнитель не возмещает понесенных расходов на исправление или доработку в других медицинских учреждениях без согласия Исполнителя.

**6**. В случаи возникновения разногласий между **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** и **Пациентом**  по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается главным врачом (заместителем главного врача) **ИСПОЛНИТЕЛЯ**. В случае не устранения разногласий, спор рассматривается клиника–экспертными комиссиями и (или) экспертами территориальных организаций Стоматологических ассоциации (Общероссийской) в установленном порядке.

**7**. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оставляет за собой право в рассторжении договора в одностороннем порядке, при недопонимании методов, сроков и качества оказания услуг **Заказчиком**. Также при давлении и угрозах со стороны **Заказчика** и нарушений порядка и этичности поведения в клинике. При необходимости с возвратом всех затраченных денег **Заказчика,** за удержанием за материалы использованные при лечении**.**

**8**. Прочие условия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ: Пациент**

**ООО «МК «ВАРИОКС» ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Клиника Стоматологии «МАЭСТРО»**

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***ХМАО-Югра, г. Нижневартовск,***

***Ул. Омская, д. 28А офис 1005 Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Ул. Мусы Джалиля д.18 офис 1001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Ген. Директор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Наибов О.В. / паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Подделка бланков договора преследуется по закону.***