**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.\_\_\_(Договор лечения)**

Мы, нижеподписавшиеся: *Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология топ Дент»,* именуемое в дальнейшем ***ИСПОЛНИТЕЛЬ***, в лице директора Кувшинова Эдуарда Ивановича, действующего на основании Устава, лицензии №ЛО-40-01-000864 от 22.07.2014г. на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ от 13 января 1996г. №27, с одной стороны, и ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** в дальнейшем ***ЗАКАЗЧИК***, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. *ИСПОЛНИТЕЛЬ******обязуется:***

**1.1** В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в амбулаторную карту ***ЗАКАЗЧИКА*** врачом \_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. врача), осуществить качественное лечение.

**1.2** Поручить лечение врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача), который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением, в случае необходимости, обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача, назначенного 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 которыми ***ЗАКАЗЧИК*** ознакомился перед заключением настоящего договора.

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

**4. *ИСПОЛНИТЕЛЬ***несет ответственность в соответствии с гражданским законодательством в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств при наличии свой вины.

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

**6.** Прочие условия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных. Предоставляю право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно./\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/***

***ИСПОЛНИТЕЛЬ: ЗАКАЗЧИК:***

ООО «Стоматология топ Дент» Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Г. Калуга, ул. Суворова, д.153, корп.2 Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 4027070549 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1054003083683 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 402701001 Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с 40702810722240009708 выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Филиал Отделение № 8608 Сбербанка России г.Калуга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

к/с 30101810000000000770 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_

БИК 042908612