ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ №_____

"____" _____ 202__г.

Мы, нижеподписавшиеся, ООО "Даат", государственная регистрация № 77006364526 от "06" июня 2005 г., выданная Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 г. Москвы, ИНН 7724545629, ОГРН 1057747172482, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице *ген. директора КАЛАШНИКОВОЙ Н.И.*, действующего на основании Устава, лицензии, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы, ОГРН 1037707005346, № ЛО-77-01-011244 от 09 ноября 2015 г. на оказание медицинских услуг: стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая, стоматология хирургическая, ортодонтия, и Постановления Правительства РФ № 1006 от "04" октября 2012 г. с одной стороны, и_____ именуемый в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

1.1. Произвести осмотр ЗАКАЗЧИКА для установления предварительного диагноза и о результатах обследования и стоимости предстоящего лечения проинформировать ЗАКАЗЧИКА. ЗАКАЗЧИК делает письменную отметку об ознакомлении с предварительным диагнозом, планом и стоимостью лечения и возможными осложнениями.

1.2. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, осуществить качественное лечение.

1.3. Поручить лечение врачу_____/_____, который обязан обеспечить качественное и наиболее безболезненное лечение в соответствии с медицинскими показаниями, с применением , в случае необходимости, обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия 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 осмотры.

2.4. Производить своевременную оплату (если предусмотрено, предварительную оплату) медицинских услуг по расценкам прейкуранта, с которыми ЗАКАЗЧИК ознакомился перед заключением настоящего договора.

2.5. Проходить обязательный бесплатный полугодовой осмотр.

3. Исполнитель оставляет за собой право:

3.1. Изменять цены на услуги, если не были предварительно оплачены или при необходимости дополнительно лечения и диагности, которые невозможно предусмотреть при заключении данного договора.

3.2. Направлять при необходимости ЗАКАЗЧИКА в иную специализированную медицинскую организацию.

3.3. Определять индивидуально сроки выполнения работ.

4. ИСПОЛНИТЕЛЬ принимает на себя следующие гарантийные обязательства:

4.1. По ортопедическим и терапевтическим работам сроком на 1 год. Все гарантийные обязательства соблюдаются ИСПОЛНИТЕЛЕМ при выполнении ЗАКАЗЧИКОМ п.п. 2.1, 2.2, 2,3, 2.4, 2.5.

4.2. Гарантия не распространяется: на временные пломбы, временные конструкции, на перелечивание зубов (леченных раннее в других клиниках), фиксацию коронок и несъемных конструкций (изготовленных в других клиниках), на коррекцию и починку съемных протезов.

4.3. В случае протезирования, если лечение (также восстановление вкладками, штифтами) и имплантация зубов проводилась в других медицинских учреждениях, то гарантия распространяется только на конструкции, изготовленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

5. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за качество оказываемых услуг, в случае невыполнения ЗАКАЗЧИКОМ назначений врача или самостоятельного прерывания курса лечения.

6. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ЗАКАЗЧИКОМ по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается главным врачом ИСПОЛНИТЕЛЯ или клинико-экспертными комиссиями в установленном порядке.

7. Прочие условия: профилактический осмотр через 6 месяцев, ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ГАРАНТИИ.В целях вашей безопасности и разрешения конфликтных ситуаций ведется видеонаблюдение.

8. Настоящий договор заключается на неопределенный срок и вступает в силус момента его подписания сторонами. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон, либо в одностороннем порядке.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО "ДААТ", ИНН 7724545629

Адрес: ул. Генерала Белова, 17

Телефон: 8 (495) 343-67-88

Генеральный директор

_____ Н.И. Калашникова

ЗАКАЗЧИК:

Адрес: _____

_____

Паспорт серия_____ номер_____

когда и кем выдан _____

_____

_____/_____/

подпись ФИО