**ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Нерюнгри | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* именуем\_\_ в дальнейшем «Пациент» дата рождения «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., паспорт серии \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. к.-п. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированн\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Смайл Сити», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Запорожцевой Надежды Валериевны, действующее на основании Устава (ОГРН 1071434000076 от «23»января 2007г, выданный ИФНС по г.Нерюнгри РС(Я); лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01179-/14/00300409 от 03.08.2015г., виды услуг: сестринское дело, организация здравоохранения и общественное здоровье, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая, выданная МЗ РС(Я ), 677010, г. Якутск, ул. Лермонтова, 126), с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги по стоматологическому лечению, консультации врачей-стоматологов, услуги анестезии и другие необходимые услуги. Конкретные виды медицинских услуг, Ф. И. О. врача и стоимость указываются в согласованном сторонами Заказе (Приложение №1 к настоящему договору).

1.2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с планом лечения. Медицинские услуги фиксируются в Заказе, который подписывается Сторонами настоящего договора и фиксируется в медицинской карте Пациента.

1.3. Медицинские услуги оплачиваются Пациентом в соответствии с действующим прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

1.4. По окончании работ Исполнитель и Пациент подписывают акт об оказанных услугах, где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг, срок и порядок оказания услуг. Данный акт подписывается двумя сторонами и является неотъемлемой частью настоящего договора.

**2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. В согласованное с Пациентом время Исполнитель организует осуществление осмотра Пациента квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в Заказе и в медицинской карте Пациента с указанием сроков оказания услуг.

2.2. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения, стоимостью лечения, сроками и порядком лечения, оформленное подписью Пациента в Заказе. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.3. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения.

2.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Пациента. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в Заказе. Исполнитель разъясняет Пациенту последствия такого отказа.

2.5. Исполнитель не оказывает услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, если Пациент находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, а также по любым другим медицинским показаниям, в случае их препятствия надлежащему оказанию услуг.

2.6. Время явки Пациента на прием оговаривается и согласовывается с Пациентом каждый раз. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

2.7. До подписания настоящего договора Пациент ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.

2.8. В случае если потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.9. Сроки оказания услуг в зависимости от медицинских показаний:

– терапевтическое лечение – в течение \_\_\_\_\_\_ дней, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

– ортопедическое лечение – в течение \_\_\_\_\_\_\_ дней, с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные Заказом, с применением собственных необходимых лекарственных средств, материалов, инструментов, оборудования и с обязательной их обработкой.

3.1.2. Ознакомить Пациента с порядком оказания медицинских услуг.

3.1.3. Оказать услуги надлежащего качества и устранить бесплатно недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение двух лет с момента оказания услуг. Гарантийный срок на устанавливаемые в процессе оказания услуг медицинские материалы указывается Изготовителем.

3.1.4. В процессе стоматологического лечения информировать Пациента или его представителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.

3.1.5. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении, заранее ставить в известность Пациента о предполагаемой сумме дополнительных расходов на лечение.

3.1.6. Организовывать за счет Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности их выполнения силами Исполнителя.

3.1.7. Вести медицинскую документацию и выдавать Пациентам медицинские документы установленного образца.

3.1.8. Вести учет вида, объема и качества оказанного стоматологического лечения, а также средств, полученных от Пациента, а также выступать представителем интересов Пациентов перед соисполнителями.

3.1.9. По первому требованию Пациента сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.1.1 настоящего договора.

3.1.10. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, необходимые для лечения Пациента.

3.2.2. Отказать в приеме Пациента в случаях:

– состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

– если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала.

3.2.3. Требовать от Пациента представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

3.2.4. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

**3.3. Пациент обязан:**

3.3.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.

3.3.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.

3.3.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т. ч. сообщать об аллергии, гепатите, ВИЧ-инфекции, СПИДе, бронхиальной астме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях, туберкулезе, о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными. В случаях несообщения вышеперечисленных сведений Исполнитель снимает с себя ответственность за негативные последствия лечения, а Пациент несет ответственность в установленном законом РФ порядке.

3.3.4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

3.3.5. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

3.3.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг.

3.3.7. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3.8. Предупредить администрацию за 2 часа по телефону клиники, в которой он проходит лечение, о невозможности явки на прием.

3.3.9. Оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

**3.4. Пациент имеет право:**

3.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

3.4.2. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных стоматологических услуг.

3.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.4.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.

3.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

3.4.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

**4. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ**

4.1. Стоимость услуг определяется на основании плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

Услуги Исполнителя оплачиваются непосредственно после предоставления данных услуг и подписания акта об оказанных услугах.

4.2. Оказанные в соответствии с п. 2.4 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Пациентом по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Пациент оплачивает стоимость полученных услуг, кроме ортопедических, после каждого визита в клинику. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет. В подтверждение внесения денежных средств в кассу Исполнителя Пациенту выдается кассовый чек.

4.4. Пациент осуществляет предоплату ортопедических услуг в размере 50% стоимости по прейскуранту.

4.5. Оказываемые по настоящему договору услуги входят (не входят) (нужное подчеркнуть) в программы добровольного или обязательного медицинского страхования.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Клиника обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины.

6.2. Исполнитель не несет моральной и материальной ответственности перед Пациентом в случае:

6.2.1. Возникновения осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

6.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

6.2.3. Возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.

6.3. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Пациентом ранее оказанных медицинских услуг.

6.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

6.5. При нарушении Исполнителем сроков оказания услуг Пациент вправе по своему выбору:

– назначить новый срок оказания услуги;

– потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

– потребовать исполнения услуги другим специалистом.

**7. КОНФЛИКТЫ**

7.1. Если одна из сторон считает, что выполнила обязательства по договору, а другая не выполнила, возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с настоящим разделом.

7.2. Ситуация, при которой Заказчик считает, что результат услуги не достигнут или его здоровью в результате оказания услуги причинен вред, а Исполнитель не согласен с мнением Заказчика, является конфликтом.

7.3. Конфликты, которые Стороны не смогли разрешить совместно, разрешаются в конфликтной комиссии. Конфликтная комиссия состоит из самих Сторон (или их полномочных представителей) и приглашенных Сторонами экспертов по профилю заболевания – не более двух с каждой Стороны. Экспертом конфликтной комиссии может быть лицо, имеющее высшее медицинское образование, сертификат специалиста по профилю заболевания, ученую степень. Указанный статус эксперт подтверждает соответствующими дипломами и сертификатом. Сторона, против которой вынесено решение конфликтной комиссии, оплачивает расходы работы конфликтной комиссии и подчиняется ее решению.

7.4. Если конфликтная комиссия не пришла к единому решению или решение не устроило хотя бы одну из Сторон, разрешение конфликта осуществляется в судах общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Стороны установили, что Заказчик вправе выбирать суд по месту своего жительства или по месту нахождения Исполнителя.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

8.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

8.3. Любая из сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив при этом другой стороне фактически понесенные расходы или убытки.

8.4. Содержащиеся в Заказе сведения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

8.5. При подписании настоящего договора Пациент соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация о лицензии Исполнителя, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг.

Пациент до подписания настоящего договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.

8.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: Наименование: ООО «Смайл Сити »Адрес: 678965, Республика Саха (Якутия), г. Нерюнгри, ул. К. Маркса, д.5, кв.3ОГРН 1071434000076ИНН 1434033498КПП 143401001Р/с 40702810908000000104в АКБ «АЛМАЗЭРГИЭБАНК» АО г.ЯкутскК/с30101810300000000770БИК 049805770 | Пациент (его законный представитель):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф. И. О.)Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Подписи Сторон**

Исполнитель:

(подпись) (Ф. И. О.)

Пациент (его законный представитель):

(подпись) (Ф. И. О.)

Уведомление Пациента (Ф. И. О.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим уведомляем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 1

к Договору на предоставление стоматологических услуг

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказ на предоставление стоматологических услуг**

Ф. И. О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуг** | **Количество** | **Срок исполнения, дата** | **Цена по прейскуранту, руб.** | **Итого сумма к оплате, руб.** |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: | Заказчик: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровка |

Приложение 2

к Договору на предоставление стоматологических услуг

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**План лечения**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование медицинской услуги** | **Срок оказания услуги** | **Должность и Ф. И. О специалиста, оказывающего услугу** | **Стоимость услуги** | **Примечание** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

Ф. И. О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Ф. И. О. врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись

Приложение №3

к Договору на предоставление стоматологических услуг

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Акт**

**сдачи-приемки оказанных услуг**

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

ООО «Смайл Сити», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директораЗапорожцевой Надежды Валериевны, действующее на основании Устава (ОГРН 1071434000076 от «23»января 2007г, выданный ИФНС по г. Нерюнгри РС (Я); лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01179-/14/00300409 от 03.08.2015г., виды услуг: сестринское дело, организация здравоохранения и общественное здоровье, стоматология общей практики, стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая, выданная МЗ РС (Я ), 677010, г. Якутск, ул. Лермонтова, 126 ), и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г., зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», во исполнение Договора на предоставление стоматологических услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_ составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель по заданию и с письменного информированного согласия Пациента в период с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. провел качественное обследование и лечение.

2. Первоначальный диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Оказанная медицинская помощь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4. Диагноз после лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Стоимость оказанных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

6. Услуги оказаны качественно, в срок, Стороны взаимных претензий не имеют.

7. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

**Подписи Сторон:**

Исполнитель:

*(Ф. И. О.) (подпись)*

Пациент:

*(Ф. И. О.) (подпись)*

Приложение №4

к Договору на предоставление стоматологических услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**ОТЧЕТ**

**об оказанных пациенту медицинских услугах**

**за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В соответствии с Договором на предоставление стоматологических услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Исполнителем пациенту *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*оказаны следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата проведенного исследования, лечебного мероприятия** | **Наименование проведенного исследования, лечебного мероприятия** | **Должность и Ф. И. О. специалиста, проводившего исследование, лечебное мероприятие** | **Рекомендации по результатам проведенных исследований, лечебных мероприятий** | **Стоимость услуг** |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |

Общая стоимость оказанных в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

*Приложение: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг).*

Исполнитель:

 *(Ф. И. О.) (подпись)*

Отчет получил: *(подпись) (Ф. И. О. Пациента)*

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