

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медработника, предоставляющего платную услугу), может снизить качество платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Потребителя.

Подпись Потребителя _____

Договор на оказание платных стоматологических услуг (форма 1)

Краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Колбасицкого Дмитрия Анатольевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____

или его законный представитель _____

именуемый(ая) в _____

проживающий по адресу _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

Исполнитель обязуется оказать Потребителю, с его согласия и по желанию платные стоматологические услуги, в дальнейшем «Услуги», а Потребитель обязуется оказанные услуги оплатить в соответствии с утвержденной платой за услуги (работы) Исполнителя.

Перечень необходимых Услуг определяется непосредственно лечащими врачами.

Потребитель соглашается с получением следующих Услуг по:

- Стоматология терапевтическая
- Стоматология хирургическая
- Стоматология ортопедическая
- Рентгенология

Оплата, стоимость, порядок расчетов

Стоимость Услуги устанавливается Исполнителем в соответствии с утвержденной платой за услуги (работы) Исполнителя. Потребитель обязан оплатить выполненную исполнителем в полном объеме работу после ее принятия потребителем. С согласия потребителя работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса. Оплата оказанных услуг (выполненных работ) производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации. Изменение цены после заключения договора допускается в случаях и на условиях, предусмотренных договором, законом либо в установленном законом порядке.

Условия и сроки действия, ответственность сторон, порядок изменения и расторжения, прочие условия.

Исполнитель предоставляет Услугу с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных МЗ РФ.

Исполнитель оказывает Услуги своими силами и средствами через лечащего врача _____

Принимая во внимание, что действие биологических законов и индивидуальные

физиологические особенности Потребителя не поддаются абсолютному контролю, Исполнитель не может гарантировать только положительный результат Услуги и предоставляет гарантийный срок на материальные части оказанной услуги (коронки, протезы и т.п). Договор вступает в силу со дня подписания его Сторонами и действует до исполнения сторонами принятых обязательств. За неисполнение, либо за ненадлежащее исполнение условий Договора стороны несут ответственность в соответствии с Законодательством РФ. Договор может быть изменен и расторгнут в соответствии с Законодательством РФ. Во всем остальном, не предусмотренном в настоящем договоре, Стороны руководствуются законодательством РФ.

Исполнитель: Краевое государственное автономное учреждение здравоохранения «Канская межрайонная стоматологическая поликлиника»

Место нахождения: 663600 Российская Федерация, Красноярский край, город Канск, улица Ленина, 6.
Лист записи ЕГРЮЛ от 14.05.2015 выдан МИФНС №8 по Красноярскому краю
Лицензия № ЛО-24-01-003023 от 27.11.2015г.,
выдана министерством здравоохранения Красноярского края,
г. Красноярск ул. Красной Армии, 3, т.(391)211-51-51
Главный врач _____ Д.А.Колбасицкий

Потребитель _____

Адрес _____

Телефон _____ Подпись _____

Заказчик _____

Адрес _____

Телефон _____ Подпись _____