**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**возмездного оказания стоматологических услуг**

г. Минск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

Учреждение здравоохранения «10-я городская поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Цобкало Светланы Ивановны, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. для иностранцев - страна)

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) на основании собственного заявления, с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны» заключили настоящий договор  
(далее – Договор) о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию стоматологических услуг на платной основе.
  2. Срок оказания платной медицинской услуги – в течение года с момента заключения договора.

**2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. « Исполнитель» обязан:**

2.1.1. оказать Заказчику платные медицинские услуги по условиям Договора;

2.1.2. произвести расчет оплаты за медицинские услуги в соответствии с действующим на момент оказания услуги прейскурантом, утвержденным Исполнителем;

2.1.3. выдать Заказчику документ, подтверждающий прием наличных денег в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

**2.2. Заказчик обязан:**

2.2.1.оплатить стоимость платных медицинских услуг в порядке и на условиях настоящего Договора;

2.2.2. предоставить Исполнителю необходимые документы и информацию (сведения о состоянии здоровья, аллергических реакциях на лекарственные средства и т.д.), которая необходима или может повлиять на ход выполнения медицинских услуг;

2.2.3. соблюдать правила внутреннего распорядка, принятые у Исполнителя;

2.2.4. своевременно информировать «Исполнителя» об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение договора.

**2.3. Заказчик имеет право:**

2.3.1. получать информацию о расчете стоимости платной медицинской услуги;

2.3.2. в случае несоблюдения по вине Исполнителя обязательства по срокам исполнения платных медицинских услуг по своему выбору:

- дать согласие на новый срок оказания платных медицинских услуг;

- потребовать исполнения платной медицинской услуги другим специалистом;

- расторгнуть договор и потребовать возмещения стоимости оплаченной услуги.

**3.ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата оказанных платных медицинских услуг производится в учреждениях банков или через кассу Исполнителя в наличной или безналичной форме.

3.2. Заказчик осуществляет оплату за медицинские услуги в размере 100% в течение 3 (трех) банковских дней с момента оказания медицинских услуг. Оплата считается проведенной при поступлении денежных средств на расчетный счет Исполнителя или в кассу Исполнителя.

3.3. Основанием, подтверждающим факт оказания медицинских услуг, является запись в Медицинской карте амбулаторного больного.

3.4. Сумма договора определяется исходя из стоимости оказанных медицинских услуг на основании действующих на момент оказания медицинских услуг прейскурантов и стоимости материалов и медикаментов, необходимых для их оказания.

3.5.Сумма договора составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Полное наименование услуги | Стоимость  руб. |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **Итого:** | | |

3.6. Перечень и стоимость услуг, указанная в настоящем договоре может изменяться в процессе оказания медицинских услуг. Об изменении перечня услуг и их стоимости Заказчик уведомляется устно в процессе оказания медицинской услуги.

**4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.3. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 15 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

**5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

5.1. Стороны будут стремиться к разрешению всех возможных споров и разногласий, которые могут возникнуть по Договору или в связи с ним, путем переговоров.

5.2. Споры, не урегулированные путем переговоров, передаются на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Беларусь.

**6.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1.Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения взятых сторонами обязательств.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Гарантия:

**8.АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  Учреждение здравоохранения  «10-я городская поликлиника»  220019, г. Минск, ул. Сухаревская, 19  тел. 314 33 68, 314-33-62  р/сч: BY59BLBB36320191121993001001  в ЦБУ №536 г. Минск ОАО «Белинвестбанк», код BLBBBY2X  г. Минск пр. Пушкина, 81  УНП 191121993 ОКПО 378714515000  Главный врач Цобкало С.И. |  | **ЗАКАЗЧИК**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |