

До заключения настоящего Договора Потребитель \_\_\_\_\_  
В доступной форме проинформирован сотрудниками Исполнителя (ООО «Ваш стоматолог») о возможности получения бесплатной стоматологической помощи в государственной поликлинике в рамках программы государственных гарантий. Обладая указанной информацией, Потребитель, принимает осознанное и добровольное решение заключить с Исполнителем Договор на оказание платных медицинских услуг «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

До заключения настоящего Договора Потребитель подтверждает, что он уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### **Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Кудымкар «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью "Ваш стоматолог"**, в лице директора Хариной Татьяны Борисовны, действующей на основании устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» с одной стороны, и \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Данный раздел заполняется, если «Заказчик» - действует в интересах Пациента:**

#### **1. Предмет договора**

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Заказчика/Пациента при наличии медицинских показаний оказать Заказчику/Пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик/Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу (Прейскуранту) Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Заказчика/Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО "Ваш стоматолог" в соответствии с действующим Постановлением Правительства РФ ОТ 11 мая 2023г № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3. Медицинские услуги оказываются Заказчику/Пациенту в виде отдельных медицинских консультаций или медицинских вмешательств (далее – Медицинские услуги) из числа перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в разрешительной документации на осуществление медицинской деятельности, выданной Исполнителю в установленном порядке и действующей по месту оказания Медицинских услуг.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя согласно лицензии № Л041-01167-59/00366642 от 17.07.2012г:

По адресу 619000, Пермский край, г. Кудымкар, ул. Калинина, 38, 1 этаж (режим работы Пн-Пт с 9:00 до 18:00 часов, Сб по предварительной записи, Вс выходной):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу, стоматологии ортопедической;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по ортодонтии, стоматологии ортопедической и стоматологии терапевтической.

По адресу 619000, Пермский край, г.Кудымкар, ул. Плеханова, 17, кв. 31 (режим работы Пн-Пт с 9:00 до 20:00 часов, Сб по предварительной записи, Вс выходной)::

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по ортодонтии, стоматологии ортопедической и стоматологии терапевтической.

Сведения о перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; Лицензии на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также Копия (или выписка из электронного реестра) Лицензии на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на сайте Исполнителя: <https://stomat-kud.ru>

#### **2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента

получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый по выбору Пациента, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

2.3. Перечень, сроки, объем и стоимость мед.услуг согласовываются сторонами письменно в карточке Пациента.

2.4.Подписывая Договор, Пациент/Заказчик подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике в ООО "Ваш стоматолог" и обязуется их соблюдать.

#### **3. Права и обязанности сторон**

##### **3.1 Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента/Заказчика с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия с заполнением дополнительного соглашения или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при несогласии Пациента с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Пациента о последствиях.

##### **3.2 Пациент/Заказчик обязан:**

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании препаратов, назначенные специалистами других медицинских организаций. В случае обращения Пациента в иную медицинскую организацию для лечения заболеваний, Исполнитель не несет ответственности за оказанные медицинские услуги и данное обстоятельство является основанием для прекращения гарантийных обязательств Исполнителя если данные услуги могут негативно повлиять на качество ранее оказанных или оказываемых Исполнителем медицинских услуг.

3.2.3. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

3.2.4. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем расходы.

3.2.5. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с Прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.6 В случае претензии к качеству оказанных медицинских услуг, Пациент/Заказчик может предъявить претензию в письменном виде уполномоченному представителю ООО «Ваш стоматолог» или направить ее дистанционным способом путем направления обращения на адрес электронной почты клиники: [stomatolog.kud@mail.ru](mailto:stomatolog.kud@mail.ru) или по адресу нахождения клиники: 619000 Пермский край, г. Кудымкар, ул. Калинина 38, 1 этаж.

##### **3.3 Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Изменять прейскурант в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика/Пациента путем размещения в регистратуре по месту оказания медицинских услуг – в Клинике Исполнителя.

3.3.2. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки платных медицинских услуг при согласовании с Пациентом.

3.3.3. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.4. Расторгнуть данный Договор по инициативе Потребителя при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

3.3.5. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

3.3.6. Клиника имеет право осуществлять фото- и видеосъемки в ходе оказания медицинских услуг, включая диагностику, лечение и иные стоматологические манипуляции. Полученные фото- и видеоматериалы могут использоваться Клиникой исключительно в следующих целях: контроль качества и безопасности медицинской деятельности; анутренний аудит и разбор клинических случаев; повышение квалификации медицинского персонала; документирование этапов лечения для медицинской документации.

3.3.7. В целях информирования, напоминания о записи, подтверждения визитов, контроля качества лечения Клиника осуществляет автоматизированную SMS-рассылку через WhatsApp мессенджер на контактный телефон Пациента, указанный в договоре. Пациент дает согласие на получение таких уведомлений, включая: напоминание о предстоящем приеме; подтверждение записи; опросы удовлетворенности и контроль качества лечения; важные медицинские рекомендации. Пациент вправе отказаться от уведомлений, письменно уведомив Клинику.

#### 3.4 Пациент/Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.

3.4.3. Пациент/Заказчик имеет право расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

### 4. Порядок оплаты

4.1 Пациент/Заказчик производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств.

4.2 Медицинские услуги по ортопедии могут быть оплачены в полном размере предоплатой или частично путем внесения аванса (50% от общей стоимости). При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту/Заказчика наличными или на расчетный счет.

4.3 В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по Прейскуранту на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по предварительному плану лечения сохраняется только при согласии Пациента на внесение предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги и оплате этих услуг авансом. Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Пациенту/Заказчику в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4.5. При неоплате Пациентом/Заказчиком стоимости оказанных медицинских услуг в течение 1 календарного месяца, Исполнитель вправе выставить Пациенту/Заказчику иск на сумму задолженности.

**ОБЩАЯ СУММА** \_\_\_\_\_ **АВАНС** \_\_\_\_\_

### 5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи с: нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении

Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, Исполнитель ответственности не несет.

5.5. Исполнитель уведомляет Заказчика/ Пациента о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

5.6. Настоящим Заказчик/Пациент уведомлен, что по заявлению имеет право без взимания платы получить выписку, результаты анализов и исследований, копию медицинской карты согласно положениям приказа МЗ РФ от 31.07.2020 N 789н.

### 6. Срок действия, изменение и расторжение Договора

6.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами, действует один год. В случае если ни одна из сторон не заявляет о намерении расторгнуть договор, договор считается автоматически пролонгированным на следующий год на тех же условия.

6.2. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

6.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Заказчика/Пациента, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора.

### 9. Реквизиты сторон

Исполнитель: ООО "ВАШ СТОМАТОЛОГ"

Номер лицензии: Л041-01167-59/00366642

Дата предоставления лицензии: 17.07.2012

Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Пермского края

ИНН: 5981001523

КПП: 598101001

ОГРН: 1075981000072

Юридический адрес: 619000, Пермский край, г.

Кудымкар, ул. Калинина 38, 1 этаж

Директор \_\_\_\_\_/Т.Б. Харина

М.П.

Заказчик/Пациент: \_\_\_\_\_

Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Когда и кем выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Контактный номер телефона: +7 \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Подписание Заказчиком и Пациентом настоящего Договора свидетельствует об ознакомлении со всем изложенным в настоящем Договоре и полном с ним согласии. Заказчиком получен экземпляр настоящего договора на руки.**

### Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, я (ФИО) \_\_\_\_\_ подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Ваш стоматолог" моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, паспортные данные, номер ИНН, номер СНИЛС, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания клиникой мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам клиники, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО «Ваш стоматолог» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Ваш стоматолог» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные внутренним документооборотом клиники.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Ознакомиться с полным согласием на обработку персональных данных можно на информационном стенде ООО «Ваш стоматолог».

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_