

**Договор № {НомерКарты}
на оказание платных медицинских услуг**

г. Омск

{ТекущаяДатаПолная} г

Общество с ограниченной ответственностью «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», зарегистрированное в Межрайонной ИФНС №12 по Омской области, ОГРН 1145543004826, 07.02.2014г., имеющее действующие бессрочно лицензию № ЛО-55-01-001381 от 25 апреля 2014 года, на осуществление медицинской деятельности по адресам 644048, Омская область, г. Омск, ул. Серова, д. 16 Б, 644024, Омская область, ул.Т.К.Щербанева,27,пом.8П, пом.9П и лицензию № ЛО-55-03-000199 от 28.12.2021, выданные Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный Путь, 6, тел.: (3812) 23-35-25) в лице директора Кузнецовой Ирины Владимировны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г. именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ N 1006 4 октября 2012 г. и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а Пациент обязуется оплачивать оказанные услуги на условиях настоящего договора, и содействовать их исполнению: сообщать известные ему сведения о заболеланиях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур и выполнять все рекомендации медицинского персонала.

2. Услуги предоставляются в помещениях Исполнителя по адресам: г.Омск, ул.Серова,16Б и ул. Т.К.Щербанева, 27 в порядке предварительной записи на прием через единую регистратуру Исполнителя по телефону: (3812) 45-06-05 или по телефонам, указанным на сайте www.semstom55.ru. В случае необходимости получения неотложной помощи, при наличии у Исполнителя возможности, услуги предоставляются без предварительной записи.

3. Настоящий договор определяет общие условия оказания услуг, которые Исполнитель готов предоставлять как в виде отдельных медицинских вмешательств, так и при реализации согласованного Сторонами плана лечения.

4. Перечень услуг, которые надлежит оказать Исполнителю, Пациент определяет самостоятельно из предложенного лечащим врачом Плана лечения/обследования, получив от врача информацию о предварительном диагнозе, возможных вариантах лечения, предполагаемых результатах, степени риска и возможных осложнениях. Решение о выполнении рекомендованного плана лечения/обследования или отдельных медицинских вмешательств в объеме меньшем, чем предусмотрено рекомендованным планом, Пациент принимает под свою ответственность, заверяя подписью.

5. Стоимость услуг определяется до начала оказания по прейскуранту Исполнителя, действующему в день фактического оказания услуг, как окончательная, когда объем и характер работы очевидны, или как предварительная, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения.

6. Сроки оказания услуг определяются датой и временем визита Пациента на прием. Для лечения/обследования предполагающего этапность, составляется план лечения по специализации врача, в котором согласуются ориентировочные сроки завершения отдельных этапов, а начало лечения/обследования в этом случае определяется моментом согласования Плана.

7. При наличии показаний или изменении состояния здоровья пациента, план лечения может быть скорректирован при обязательном согласовании изменений с Пациентом.

8. Необходимым условием исполнения договора является согласие Представителя с предложенным планом лечения, оформленное его подписью. Стороны договорились, что подпись Представителя подтверждает, что Представитель достаточно и в доступной форме информирован о предполагаемых результатах лечения, возможности объективных осложнений, характере и степени их тяжести, существовании иных способов лечения и их эффективности, последствиях отказа от предлагаемого лечения и выражает добровольное информированное согласие с проведением предложенного медицинского вмешательства.

9. По согласованию с Пациентом составляется Финансовый план лечения по специализации врача, который оформляется в форме Дополнительного соглашения к настоящему договору в виде финансовой сметы, включающей наименования, стоимость, условия и сроки оказания услуг, а при согласовании Комплексного плана лечения – еще и порядок выполнения услуг.

10. По факту оказания услуг врачом устанавливаются объем выполненных работ, конкретные гарантийные сроки, назначения и рекомендации, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги, предотвращения наступления возможных побочных эффектов и сохранения достигнутых результатов лечения и фиксируются подписью Представителя в медицинской карте и других документах.

11. Права и обязанности Сторон установлены «Правилами предоставления платных медицинских услуг» Исполнителя, являющимися неотъемлемой частью Договора.

12. Обязательства Исполнителя по установлению прогнозируемых гарантий достижения результатов услуг и порядок устранения недостатков, обнаруженных и удостоверенных в течение гарантийных сроков и сроков службы при соблюдении Пациентом условий гарантийного лечения определены «Положением о гарантийных обязательствах» Исполнителя, являющимися неотъемлемой частью Договора

13. Расчеты за услуги производятся в полном объеме по факту их оказания.

14. При получении услуг в области ортопедии и/или ортодонтии и имплантации, Пациент в день начала оказания услуг может внести предоплату: 50% стоимости плана по специализации врача –, а оставшуюся часть оплатить в день сдачи работы. Исполнитель готов предоставить гарантийное обязательство сохранения стоимости услуг, входящих в Комплексный план лечения при согласии Пациента внести предоплату в размере 70% суммы. В таком случае стоимость услуг устанавливается на весь период его выполнения по прейскуранту, действующему при согласовании плана. Исполнитель обязуется вести контроль за списанием стоимости оказанных услуг с денежных средств, внесенных в качестве предоплаты, и вернуть сумму предоплаты за вычетом стоимости оказанных услуг в

течение 10 дней после получения от Пациента письменного заявления о возврате денежных средств.

15. В подтверждение оплаты услуг Пациенту выдается кассовый чек. Возможна оплата безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день фактического оказания услуги или предварительно, для чего Пациент должен получить у Исполнителя счёт на оплату.

16. В случае нехватки денежных средств для оплаты оказанных услуг либо отсутствия наличных денежных средств при возможной неисправности банковского терминала Пациент собственноручно пишет расписку с указанием суммы задолженности и обязательством оплатить услуги в течение трех рабочих дней с даты составления расписки.

17. Оплата медицинских услуг может производиться в рассрочку по предварительной договоренности Сторон при обязательном оформлении Дополнительного соглашения к настоящему договору.

18. Контроль за лечением Пациента осуществляет врачебной комиссией. Претензии по качеству лечения рассматриваются главным врачом.

19. Вопросы и предложения к администрации Исполнителя Пациент может отправить по электронной почте, через форму сайта, либо изложить в рамках телефонного разговора. Предложение рассматривается главным врачом и руководителем клиники в течение 10 рабочих дней, результат рассмотрения может быть сообщен Пациенту по телефону либо по электронной почте, в письменном виде.

20. Пациент имеет право составить официальную претензию по качеству и порядку оказания медицинской услуги в устной (на личном приеме) или письменной форме. Претензия включать все необходимые для ее рассмотрения данные (Ф. И. О. заявителя полностью, его почтовый адрес, суть претензии с указанием конкретных обстоятельств неисполнения Исполнителем своих обязательств и тех требований, которые предъявляет Пациент на основе Закона РФ «О защите прав потребителей». Претензия рассматривается в течение 10 рабочих дней, результат рассмотрения оформляется в письменном виде.

21. Настоящий договор признается заключенным с момента подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия Договора ни одна из Сторон не заявит о его прекращении, Договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях. Последующая пролонгация происходит автоматически.

22. Договор перезаключается при изменении содержания публичных обязательств (изменение формуляра договора), предыдущие договоренности между сторонами по аналогичному предмету считаются расторгнутыми.

23. Договор прекращается до выполнения Исполнителем своих обязательств в связи с обнаружением медицинским работником Исполнителя противопоказаний для оказания медицинской услуги, которые на момент заключения договора были Исполнителю неизвестны и стали таковыми в процессе обследования и лечения; ухудшением состояния здоровья Пациента, не позволяющем продолжать начатое лечение; неоплатой или несвоевременной оплатой услуг в соответствии с порядком оплаты, установленным настоящим договором.

24. Стороны договорились о том, что факсимильные копии документов (настоящий Договор, все дополнительные соглашения к нему), а также документы с электронной подписью действительны и принимаются к исполнению согласно ч. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ.

25. Договор составляется в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

Заверения Пациента до подписания настоящего Договора:

- Исполнитель ознакомил меня с действующими в ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» Прейскурантом, Правилами предоставления платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, Правилами использования результатов услуг» и Положением о гарантийных обязательствах;
- мне известно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя и работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Адреса и подписи сторон

| | |
|---|--|
| ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» Юр.адрес: 644048, г. Омск, ул. Серова, д. 16 Б ИНН 5505219940 ОГРН 1145543004826 Свидетельство о государственной регистрации Юр.лица выдано Межрайонной инспекцией ИФНС № 12 по Омской области 07.02.2014г. Директор _____ / Р./ М.П. | ПАЦИЕНТ ФИО: {ФамилияИмяОтчество} Паспорт {Паспорт} Адрес фактического проживания: {Адрес} Телефон: {МобТелефон} Подпись: |
|---|--|

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г.р.,

Паспорт: {Паспорт} код подразделения _____

зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес}

проживающий(ая) по адресу: _____,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ, даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», расположенному по адресам: г. Омск, ул. Серова, дом 16-Б, г.Омск, ул. Т.К.Щербанева, 27 (далее - Оператор), и представителям Оператора на обработку (сбор, ввод, накопление, систематизацию, хранение в электронном виде и на бумажном носителе, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных, включающих: фамилию; имя; отчество; пол; дату и место рождения; адрес места регистрации; адрес проживания; контактные телефоны; реквизиты полиса ДМС, данные документа удостоверения личности; (СНИЛС); данные о состоянии моего здоровья и заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами.

В процессах подготовки к оказанию и оказанию мне медицинской помощи, предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные (в том числе сведения, составляющие врачебную тайну) другим должностным лицам Оператора, медицинским организациям, страховым организациям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты, муниципальным и государственным органам в интересах моего обследования, лечения, профилактики, реабилитации и реализации мер социальной защиты, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Омской области. Кроме того, предоставляю Оператору право информировать меня доступными ему способами, включая направления текстовых и графических сообщений на имеющиеся в распоряжении Оператора адреса моей электронной почты и номера моих контактных телефонов о мероприятиях, проводимых ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», а также об изменении содержания, условий и сроков, оказываемых услуг, которые касаются или могут касаться состояния моего здоровья. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения их в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) и передавать их уполномоченным органам. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно. Я подтверждаю, что мне известно о праве отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. При получении моего письменного отказа, Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате ранее оказанной мне медицинской помощи, а при отсутствии такой необходимости - незамедлительно.

_____ (подпись Пациента)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

Дата оформления: {ТекущаяДатаПолная} г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г.р.,

зарегистрированный(ая) по адресу: {Адрес},

проживающий(ая) по адресу: _____,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ в ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись Пациента)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления: {ТекущаяДатаПолная} г.