

Настоящим я {ФамилияИмяОтчество}

подтверждаю, что в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736, **уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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 моего здоровья.**

{ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись ✓ \_\_\_\_\_ {ФамилияИмяОтчество}

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

г. Омск

{ТекущаяДатаПолная} г.

Общество с ограниченной ответственностью «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ» (фирменное наименование ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», зарегистрированное в Межрайонной ИФНС №12 по Омской области, ОГРН 1145543004826, 07.02.2014г., ИНН 5505219940, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», действующего на основании доверенности №б/н от 17.12.2025 г. {ТекущийПользователь.ФамилияИмяОтчество} с одной стороны, и {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые Стороны договора (далее – «Стороны»), заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

#### Предмет Договора и условия предоставления услуг

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги (далее – «Услуги») в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется принять и оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
2. Конкретный перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, сроки их оказания и их стоимость определяются и согласовываются Исполнителем и Пациентом в Спецификации (приложении к Договору, являющемуся его неотъемлемой частью, далее – «Приложение»).
3. Сроки предоставления услуг согласовываются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента.
4. Услуги оказываются до момента выполнения Исполнителем обязательств по Договору в полном объеме.
5. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами и наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента.
6. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя по адресам: 644048, Омская область, г. Омск, ул. Серова, д. 16 Б; 644024, Омская область, г. Омск, ул. Т.К. Щербанева, д. 27 пом. 8П; 644010, Омская область, г. Омск, ул. Куйбышева, д. 113, пом. 9П.
7. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041-01165-55/00382522 от 25.04.2014г., срок действия – бессрочно, лицензия выдана Министерством здравоохранения Омской области, г. Омск, ул. Красный Путь, дом 6. Сведения о перечне разрешенных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, размещены на сайте Исполнителя по адресу: <https://semstom55.ru>, а также на информационных стендах (стойках) в помещениях Исполнителя в наглядной и доступной форме.
8. Информация о режиме работы Исполнителя, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, а также сведения о специалистах, уровне их квалификации, сроках ожидания их приема, гарантийные обязательства, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <https://semstom55.ru>, а также на информационных стендах в помещениях Исполнителя.
9. Медицинская помощь организуется и оказывается: в соответствии с утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи.
10. Услуги предоставляются в соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатурой медицинских услуг, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.
11. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень, стоимость, условия и сроки ожидания которых согласовываются Сторонами в дополнительном Приложении к настоящему Договору.
12. Исполнителем после исполнения договора по запросу Пациента выдаются копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно в сроки, установленные нормативными правовыми актами Минздрава России.
13. Права и обязанности сторон устанавливаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
14. Пациент оплачивает Услугу сразу после ее принятия. В подтверждение оплаты Пациенту выдается кассовый чек.
15. Пациент оплачивает услуги по прайсу Исполнителя, действующему на день оказания услуг любым способом, не запрещенным действующим законодательством РФ.
16. С согласия Пациента Услуга может быть оплачена путем внесения аванса. При внесении аванса в размере 50% стоимости Специализированного или 70% стоимости Комплексного планов лечения в течение 10 дней с даты согласования плана, стоимость входящих в него услуг фиксируется на весь период выполнения плана по прайсу, действующему на день его согласования, При внесении аванса Исполнитель обязуется вести контроль за списанием стоимости оказанных услуг и вернуть его сумму за вычетом стоимости оказанных услуг в течение 10 дней после получения от Пациента письменного заявления о возврате денежных средств.
17. При лечении Пациента по договору добровольного медицинского страхования (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании) услуги, относящиеся к страховому случаю, оплачиваются страховой компанией, а услуги, на которые действие страхового полиса ДМС не распространяется, оплачиваются Пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.
18. По требованию Пациента на оплаченные Услуги составляется смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора.

19. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
20. 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».
21. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 45 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенный Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.
22. 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 по телефону либо по электронной почте, в письменном виде.
23. Пациент имеет право составить официальную претензию по качеству и порядку оказания медицинской услуги в устной (на личном приеме) или письменной форме (почтовый адрес: 644048, Омская область, г. Омск, ул. Серова, д. 16 Б / 644024, Омская область и г. Омск, ул. Т.К. Щербанева, д. 27/644010, Омская область, г. Омск, ул. Куйбышева, д. 113) или передать при обращении в регистратуру Исполнителя. Претензия рассматривается в течение 10 рабочих дней, результат рассмотрения оформляется в письменном виде.
24. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
25. Договор перезаключается по взаимному соглашению Сторон при изменении содержания публичных обязательств Исполнителя (изменении формуляра договора).
26. Договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
27. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
28. Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон.

#### **Заявления Пациента до подписания настоящего Договора**

**Мне известно о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

**Я информирован(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях**

**Мне известно, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение.**

**Я подтверждаю, что до подписания настоящего договора был ознакомлен с порядками и правилами, действующими в ООО «Семейная стоматология», в т.ч. с Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей, Положением о гарантиях, Положением о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.**

**Иные адреса и телефоны, при их наличии, на которые Исполнитель может направлять информацию и ответы на письменные обращения, содержащие персональные данные и мою медицинскую тайну**

Телефон: +7 \_\_\_\_\_

e-mail ✓ \_\_\_\_\_

#### **Адреса и реквизиты сторон**

<p><b>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</b>  <b>ООО "СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ"</b>  <b>Адрес:</b> 644048, г. Омск, ул. Серова, д. 16 Б  <b>ИНН</b> 5505219940 <b>ОГРН</b> 1145543004826  Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01165-55/00382522 от 25.04.2014г. выдана Министерством здравоохранения Омской области на срок: бессрочно.  <b>Должность и Ф.И.О лица, подписывающего договор</b>, в лице администратора ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», действующего на основании доверенности №б/н от 17.12.2025 г.  Администратор:  <b>{ТекущийПользователь.ФамилияИмяОтчество}</b></p> <p>Подпись _____</p>	<p><b>ПАЦИЕНТ:</b>  <b>ФИО: {ФамилияИмяОтчество}</b>  На основание: документа/со слов пациента (нужное подчеркнуть) {Паспорт}</p> <p>Адрес фактического проживания:  {Адрес}</p> <p>Телефон: {МобТелефон}</p> <p>Подпись: ✓ _____</p>
--	---