***УВЕДОМЛЕНИЕ***

В соответствии с п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006.

Настоящим, до заключения Договора, исполнитель (Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологический центр СОВЕТ ») в письменной форме уведомляет пациента (потребителя, заказчика) о том, 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 ее завершения в срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Пациент информирован, что неявка на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача может снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

|  |  |
| --- | --- |
| *ИСПОЛНИТЕЛЬ*  ООО «Стоматологический центр СОВЕТ»  Санкт-Петербург, пр. Культуры, дом 19, кор 3, литера А,  помещение -2-Н  Телефон:8(812) 382 05 80  8(921) 382 88 00 | *ПАЦИЕНТ*  \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (фамилия, имя, отчество)  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. |

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

**несовершеннолетнему (недееспособному)**

г. Санкт-Петербург «\_**\_**\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_**\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологический центр СОВЕТ» (Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 19, кор 3, литера А, помещение -2-Н, телефон (812)382 05 80, 8(921) 382 88 00 действует на основании лицензии № Л041-01148-78/00585803 от 19.07.2022. Номер и дата приказа лицензирующего органа : № 2467-п от 19.07.2022.

В соответствии с указанной лицензией исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги, составляющие медицинскую деятельность:

по адресу 195274, г.Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, лит. А, пом. 2-Н

При оказании первичной медико- санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) :

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологический центр «Совет», в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице Генерального директора Чижовой Екатерины Владимировны, действующего(-ей) на основании Устава, с одной стороны, и Заказчик - законный представитель (доверенное лицо) (далее Представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года, зарегистрирован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в интересах несовершеннолетнего (недееспособного) пациента (далее Пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_года рождения, паспорт серия (свидетельство о рождении) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан(о) «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года, зарегистрирован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +7 (9\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

заключили настоящий договор о нижеследующем.

Термины и определения

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

Представитель пациента (далее Представитель) – законный представитель лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным. Представитель пациента, оплачивающий медицинские услуги, является Заказчиком

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя, а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по выше указанным адресам в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами оказания медицинских услуг .

1.3. Настоящий Договор заключен в пользу следующих Потребителей:

1.3.1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), дата рождения "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3.2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), дата рождения "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. В медицинской карте пациента указываются все пожелания Представителя, жалобы, поставленный диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Представителем вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Представителя, лечащего врача (либо указать иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

1.6. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, и их перечень определены в Плане оказания медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение к договору ).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

2.1.1. Обеспечить Представителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Согласовать с Представителем (пациентом) объем, сроки и план оказания медицинских услуг. Основаниями для изменения согласованного плана лечения и его сроков могут быть:

временная приостановка лечения Представителем (пациентом) по его письменному заявлению;

необходимость замены лечащего врача или организации консультаций другими специалистами;

возникшие в процессе оказания услуги медицинские показания, определяющие необходимость изменения намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущие изменение объема оказываемых услуг;

невозможность осуществления (продолжения) лечения в следствие возникших в ходе лечения медицинских противопоказаний.

2.1.3. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора. При необходимости дополнительные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Заказчика.

2.1.4. Представить Представителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

2.1.5. Давать при необходимости по просьбе Представителя разъяснения о ходе оказания услуг ему и его доверенным лицам.

2.1.6. Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. Представлять для ознакомления по требованию Представителя :

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.8. Оказывать медицинские услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и согласованным с Представителем.

2.1.9. Предоставить Представителю (пациенту) необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

2.1.10. Информировать Представителя о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Представителя или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях при лечении и отразить данные обстоятельства в медицинской карте Представителя.

2.2. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, видеозаписей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным выполнить для планирования и осуществления лечения пациента, о чем он информирует Представителя в соответствии с п. 2.1.10.

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма, а также в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения Исполнителя, сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя.

2.2.3. Заменить лечащего врача по личной просьбе Представителя или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача и др.).

2.2.4. При необходимости внести обоснованные изменения в согласованный план лечения, заверив изменения подписью Представителя и лечащего врача. При изменении клинической ситуации и/или по причине невыполнения пациентом рекомендаций врача, в том числе пропуска пациентом запланированных визитов, изменить с согласия Представителя план и/или сроки лечения, а в случае несогласия Представителя с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор, уведомив об этом Представителя и Заказчика в письменном виде, если это разные лица.

2.2.5. Не предоставлять услуги, которые не входят в план лечения, составленный лечащим врачом и согласованный с Представителем.

2.2.6. Запрашивать у Представителя сведения и предоставление документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.7. Отказать в приеме (или переназначить) пациента (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае:

если состояние здоровья пациента не позволяет выполнить назначенное лечение, в том числе по медицинским показаниям;

если Пациент находится в состоянии аффекта;

если действия Представителя или Пациента угрожают жизни и здоровью персонала и/или других Пациентов клиники;

опоздания пациента на прием более чем на 20 минут;

возникновения непредвиденных объективных причин.

Обо всех отказах делается запись в медицинской карте пациента.

2.2.8. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае отказа Представителя засвидетельствовать свое согласие с условиями данного Договора личной подписью и предоставить паспортные данные с указанием места жительства для заполнения медицинской карты.

2.3. ОБЯЗАННОСТИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

2.3.1. Следовать плану лечения, срокам этапов лечения, срокам визитов в клинику, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Самостоятельно обратиться к администратору клиники для согласования времени и даты приема, рекомендованного врачом.

2.3.2. Представитель должен предоставить медицинским работникам Исполнителя всю известную ему информацию о состоянии здоровья пациента, заболеваниях, аллергических реакциях и т. д., сведения, касающиеся личности пациента, состояния здоровья родственников и т. д., необходимые для оказания медицинской услуги.

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 (двадцать четыре) часа предупредить Исполнителя по телефонам (812) 382 05 80, 8 (921) 382 88 00 о невозможности явки на прием.

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий. Соблюдать рекомендации врача до, во время и после лечения, в том числе режимы гигиены, питания и ухода за зубами и ротовой полостью.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения и после него.

2.3.6. Удостоверить личными подписями заключение договора, согласие с предложенным планом лечения, сроками оказания и стоимостью услуг, информированное согласие на медицинское вмешательство, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора, факт приёма оказанных услуг, а также ознакомление с врачебными рекомендациями.

2.3.7. По завершению исполнения согласованного плана лечения Представитель обязан подписать Акт выполненных работ, и оплатить оказанные услуги в соответствии с действующим прейскурантом. Если представитель не подписывает акт в отсутствии мотивированного отказа, акт считается принятым. При отказе Представителя от подписания акта в нем делается отметка об этом, и акт подписывается Исполнителем.

2.3.8. Ознакомиться и вести себя в соответствии с Правилами внутреннего распорядка для Пациентов лечебного учреждения ООО «Стоматологический центр Совет».

2.3.9. Ознакомиться с Положением о предоставлении гарантий на медицинские услуги.

2.4. ПРАВА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и учетом занятости персонала другими пациентами.

2.4.2. Перенести ранее назначенный прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до назначенного времени.

2.4.3. Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).

ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена определяется по прейскуранту, размещенному в свободном доступе, на момент согласования оказания услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

3.2. Исполнитель информирует Представителя (заказчика) о стоимости услуг до начала их оказания. Исполнитель обязан заблаговременно (до начала оказания услуги) проинформировать Представителя (Заказчика) об увеличении стоимости согласованного Плана лечения при возрастании себестоимости услуг, предоставляемых исполнителем, которое нельзя было предусмотреть при заключении договора.

3.3. Представитель (заказчик) оплачивает оказанную услугу посредством наличных или безналичных расчетов по прейскуранту сразу после её исполнения.

3.4. При проведении ортопедического, ортодонтического лечения Представитель (заказчик) вносит в кассу аванс в размере 30–50% от стоимости лечения сразу после согласования лечения. Остаточную сумму Представитель (заказчик) обязан внести не позднее дня приема услуг Исполнителя, до окончательной фиксации конструкции в полости рта пациента.

3.5. При проведении имплантации, синус-лифтинга, костной пластики предоплата услуги осуществляется в размере 100%.

3.6. При нарушении п. 2.3.3 Исполнитель оставляет за собой право отказать Представителю (заказчику) в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.

3.7. По желанию Представителя (заказчика) услуги, указанные в плане лечения, оплачиваются на условии 100%-ной предоплаты.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ.

4.1. Договор действует с момента подписания и до письменного уведомления сторонами о его прекращении. Договор считается расторгнутым в день вручения уведомления одной из сторон.

4.2. В случае расторжения договора по инициативе Представителя (Заказчика) до завершения исполнения согласованного плана лечения, все услуги оказанные исполнителем на момент вручения уведомления, должны быть полностью оплачены Представителем (Заказчиком), при этом гарантия на незаконченное лечение не предоставляется.

4.3 Оплата услуг Исполнителя по протезированию зубов в случае отказа Представителя (заказчика) на этапе полностью изготовленного протеза производится в размере 75% от стоимости лечения. Если отказ Представителя происходит на этапе частичного изготовления протеза, то оплата производится в размере 50% от стоимости лечения.

4.4 Оплата услуг Исполнителя по ортодонтическому лечению в случае отказа Представителя на этапе изготовления в лаборатории ортодонтической аппаратуры производится в размере 50% от стоимости лечения.

4.5. Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае:

4.5.1. Необходимые Пациенту услуги не входят перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии Исполнителя.

4.5.2. В случае не выполнения Пациентом следующих условий:

Несоблюдение врачебных рекомендаций Исполнителя.

Отказ от назначенных ему диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств.

Пропуск Пациентом запланированных визитов.

Не соблюдение Правил внутреннего распорядка для Пациентов организации Исполнителя.

4.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Представитель даёт согласие на обработку персональных данных (в том числе биометрических данных), полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора, с целью исполнения настоящего договора; на срок, необходимый для исполнения настоящего договора и на установленный законом срок хранения первичных медицинских документов (в соответствии с п.4 ч.2 ст. 10 и ч.1 ст 11 Федерального Закона №152 «О Персональных данных»), включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение. Перечень включает персональные данные, переданные Представителем (пациентом) для исполнения настоящего договора, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, и другие. Хранение и обработка информации о состоянии Представителя осуществляется исключительно в целях реализации его права на охрану здоровья и медицинскую помощь, при этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной (Определение Конституционного суда РФ от 16.07.2013 № 1176-О). В соответствии с п. 3 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Представитель определяет лицо или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну.

5.2. Представитель согласен на проведение контрольных фотоснимков, видеофиксации до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками (при условии наличия разрешения работодателя) данных, полученных при обследовании и лечении Представителя , в том числе – слайдов, фотографий, видеозаписей, моделей и т.д. для тиражирования, изучения другими медицинскими специалистами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на медицинских обществах и т.д. при условии (ненужное вычеркнуть):

анонимности / указания Ф.И.О., другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.3. Представитель дает согласие на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования, а также на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, медицинским специалистам, не являющимся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных и врачебно-контрольных комиссий, экспертизы качества медицинской помощи, а также сотрудникам страховых компаний, сотрудничающих с Исполнителем, при наличии страхового полиса.

5.4. Сведения о выбранных Представителем (пациентом) лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

Ф.И.О., контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.5. Лицо или круг лиц, которым можно сообщать сведения об объеме и стоимости лечения по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими: Ф.И.О. гражданина, контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.6. Представитель согласен / не согласен получать информацию по исполнению настоящего Договора, а также информацию о работе клиники, акциях и предложениях sms-сообщениями по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и на электронный адрес Представителя, указанный в реквизитах Договора.

5.7. Представитель проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео- и аудиоданных в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике.

5.8. Представитель согласен получать результаты проведенных исследований по электронной почте. Информация направляется в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя на электронный адрес Представителя, указанный в реквизитах Договора.

5.9. В случае, если в реквизитах Договора не указан адрес электронной почты Представителя или указан неразборчиво, результаты исследований выдаются строго на руки Представителю .

5.10. Представитель в любое время имеет право отказаться от получения рекламных сообщений об услугах, акциях, иной информационной рассылки Исполнителя, отправленной на адрес электронной почты Представителя, путём направления Исполнителю письменного требования о прекращении распространения рассылки в адрес Представителя, либо отписаться от рассылки непосредственно в письме информационного сообщения.

Исполнитель обязан немедленно прекратить распространение информационной рассылки в адрес лица, обратившегося к нему с таким требованием.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Представителю (заказчику) в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6.2. Представителю (заказчику) в доступной форме предоставлена информация о возможности получения социального вычета за медицинские услуги, предусмотренного пп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ, на собственное лечение, лечение своих супруга (супруги), родителей, детей (в том числе усыновленных) в возрасте до 18 лет, подопечных в возрасте до 18 лет (перечень медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. № 201).

6.3. Представитель (заказчик) предупреждён, что при оказании услуг Исполнителем возможно выявление дополнительных заболеваний, анатомических и физиологических особенностей пациента, влияющих на характер течения заболевания, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Представителя.

6.4. Исполнитель предоставляет Представителю (заказчику) гарантию в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на медицинские услуги. По истечении гарантийных сроков возможно возникновение новых и не связанных с установкой протезов патологических состояний. Эффективное и безопасное использование результатов медицинских услуг по истечении гарантийного срока возможно при условии прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев.

Исполнитель гарантирует применение современных способов лечения, но не может гарантировать полного излечения Пациента.

6.5. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения пациента при условии выполнения пациентом всех рекомендаций врача и обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев. Право требования возмещения Представителем (заказчиком) убытков возникает в соответствии с порядком, установленным в п.1 п. 6 ст. 29 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

6.6. По истечении гарантийных сроков возможно возникновение новых и несвязанных с проведенным лечением патологических состояний.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядка оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

7.2. Исполнитель не несет ответственности перед Представителем (пациентом) в случае:

возникновения у пациента в процессе лечения или после его окончания ухудшения здоровья, не связанного с нарушением Исполнителем порядка, стандартов и клинических рекомендаций, утверждённых в соответствии с законом порядке, оказания медицинских услуг, а так же в случаях;

осложнений по причине неявки пациента в указанный срок;

осложнений по причине невыполнения пациентом рекомендаций лечащего врача и/или неявки на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача;

отказа пациента от лечения (как лечения в целом, так и отдельных этапов лечения), отказа от дополнительных лечебно- диагностических мероприятий, необходимых для проведения профилактики и лечения возможных осложнений;

наступления осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения;

осложнений, возникших по причине сокрытия Представителем (пациентом) информации о наличии у пациента заболеваний, вследствие этого неучтённых лечащим врачом при назначении лечения;

осложнений, возникших по причине сокрытия Представителем (пациентом) информации о прохождении лечения в другом лечебном учреждении, самолечения пациентом.

В отношении услуг, на которые установлен гарантийный срок, Исполнитель не отвечает за их недостатки, если они возникли после принятия услуг Представителем (пациентом) вследствие нарушения им правил использования результата услуг, действий третьих лиц (переделки и исправления проведенного лечения в другом лечебном учреждении), а также ремонта и исправления самим Представителем (пациентом) или под действием внешних травмирующих воздействий.

В случае невыполнения рекомендаций лечащего врача и/или неявки на обязательные контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача, гарантия на выполненные работы не распространяется, дальнейшая коррекция (в том числе замена) будет проводиться за счет денежных средств Представителя .

7.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, в случае возникновения обстоятельств, мешающих выполнению обязательств по настоящему Договору любой из Сторон, а именно: стихийных бедствий, пожаров природного характера, наводнений, военных действий, запрета импорта или экспорта, каких-либо других непредвиденных обстоятельств и их последствий, не зависящих от сторон. Срок выполнения обязательств по настоящему Договору продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства остаются в силе.

Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (десяти) дней с момента их наступления информировать другую Сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

7.4. В случае расторжения Договора, при наличии предоплаты, Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней осуществляет возврат денежных средств за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

7.5. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах (по одному для каждой из Сторон), имеющих одинаковую юридическую силу.

8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Представителем (пациентом) по поводу качества оказания услуги, Стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

8.2. В случаях разногласий, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9. РЕКВИЗИТЫ

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  ООО «Стоматологический центр СОВЕТ» 195274  195274, Санкт-Петербург,  пр. Культуры , дом 19, кор 3.  лит. А, пом. 2-Н.  Телефон:8 (812) 382 05 80  8 (921)382 88 00  Генеральный директор  Чижова Екатерина Владимировна  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |