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

***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**

**-рентгенологическое исследование**

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. 19, корпус 3, 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 Екатерина Владимировны, действующего(-ей) на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги (отметить необходимое) обследование:

рентгенологическое исследование челюстно-лицевой области – радиовизиография , панорамную рентгенографию;

1.2. Срок проведения обследования – на дату подписания настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.1.1. Оказать Пациенту услуги, указанные в п. 1.1 Договора.

2.1.2. Предоставить Пациенту необходимую информацию об оказываемых услугах.

2.1.3. Поставить в известность Пациента о возникающих в ходе обследования обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможным осложнениям при обследовании.

2.1.4. Предоставить Пациенту результаты обследования на электронном носителе / по электронной почте.

2.2. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.2.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией обследования с учетом назначений.

2.2.2. Самостоятельно определять график приема. Отсрочить или отменить диагностическое 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. Привлекать для оказания услуг по настоящему Договору в качестве консультантов специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя.

2.2.4. Запрашивать у Пациента сведения и документы (в случае предыдущего лечения и/или обследования в других лечебных учреждениях), необходимые для эффективного обследования.

2.2.5. 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, алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

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

опоздания Пациента на прием более чем на 20 минут;

возникновения непредвиденных объективных причин, в том числе при лечении других Пациентов;

Обо всех отказах делается запись в медицинской карте Пациента.

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

2.3. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

2.3.1. Самостоятельно ознакомиться с требованиями подготовки к обследованию, размещенными в свободном доступе на стойках информации Исполнителя.

2.3.2. Пациент должен предоставить медицинским работникам Исполнителя всю известную ему информацию о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., необходимую для оказания медицинской услуги.

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

2.3.4. Строго соблюдать и выполнять условия и порядки проведения обследования.

2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях, изменениях состояния или иных отклонениях, возникших в процессе обследования.

2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим Договором и планом обследования, сроками и стоимостью медицинских услуг, Информированными Согласиями на медицинские вмешательства, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора, а также всеми необходимыми врачебными рекомендациями.

2.3.7. Ознакомиться с действующим прейскурантом, Произвести оплату стоимости предоставляемых медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

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

2.4. ПРАВА ПАЦИЕНТА

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

2.4.3. Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке Договор и прекратить отношения с лечебным учреждением/организацией Исполнителя в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

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

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Пациент ознакомился с Прейскурантом на оказываемые услуги , размещенном в свободном доступе. Цена определяется по прейскуранту на момент согласования оказания услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

3.2. Пациент оплачивает услугу посредством наличных или безналичных расчетов по прейскуранту. Услуги, указанные в п. 1.1, оплачиваются на условиях полной предоплаты.

4. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

4.2. Если Пациент не выполняет рекомендаций медицинского учреждения Исполнителя, то проведение обследования становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента от следования рекомендациям, связанным с диагностическим процессом, и несоблюдение правил внутреннего распорядка для Пациентов организации Исполнителя равносильны одностороннему расторжению Договора.

4.3. Прекращение и расторжение Договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Пациент 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 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 Пациента 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» Пациент определяет лицо или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну.

5.2. Пациент согласен на проведение контрольных фотоснимков, видеофиксации до, в процессе и после лечения для сравнительной оценки результатов; на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий, видеозаписей, моделей и т.д. для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и т.д. при условии (ненужное вычеркнуть) анонимности / указания Ф.И.О., другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.3. Пациент дает согласие на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования, а также на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, специалистам в области стоматологии и другим врачам Пациента, не являющимся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных и врачебно-контрольных комиссий, экспертизы качества медицинской помощи, в том числе экспертному совету Стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга (ст. 90 ФЗ № 323), а также сотрудникам страховых компаний, сотрудничающих с Исполнителем, при наличии страхового полиса.

5.4. Сведения о выбранных 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 его здоровья:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

5.5. Лицо или круг лиц, которым можно сообщать о факте посещения лечебного учреждения Исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

5.6. 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)

5.7. Пациент 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.

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

5.10 Пациент согласен получать результаты проведенных исследований по электронной почте. Информация направляется в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя (info@dentsovet.ru) на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах Договора.

5.11. В случае, если в реквизитах Договора не указан адрес электронной почты Пациента или указан неразборчиво, результаты исследований выдаются строго на руки Пациенту.

5.12 . Пациент в любое время имеет право отказаться от получения рекламных сообщений об услугах, акциях, иной информационной рассылки Исполнителя, отправленной на адрес электронной почты Пациента, путём направления Исполнителю письменного требования о прекращении распространения рассылки в адрес Пациента, 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. Пациенту 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. Пациенту в доступной форме предоставлена информация о возможности получения социального вычета, 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).

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядка оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, норм использования медицинского оборудования, ведения медицинской документации, соблюдения санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

7.2. 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 (форсмажор), срок выполнения обязательств по настоящему Договору продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства остаются в силе.

7.3. В случае объективной невозможности исполнения настоящего Договора любой из Сторон Пациент оплачивает по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы. При наличии предоплаты Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней осуществляет возврат денежных средств за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

7.4. 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 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, 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |