

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

### о предоставлении платных медицинских услуг

г. Березники

01 сентября 2023 г

ООО «Зубные Феи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующего устава, с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_, Паспорт РФ: \_\_\_\_\_, Выдан: \_\_\_\_\_,

зарегистрирован и для отправки писем \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплачивать оказанные услуги на условиях настоящего договора, а также оказывать содействие их исполнению.

При заключении договора Потребителю (Заказчику) представлена, в доступной форме, информация о получении соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

1.2. Под медицинскими услугами в настоящем договоре понимаются:

оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии;

оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

1.3. Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО -59-01-005252 от 24.01.2020г. на осуществление медицинской деятельности, бессрочно. Выдана Министерством здравоохранения Пермского края,

телефон:8 (342) 265-47-40 адрес: Адрес: г. Пермь, бульвар Гагарина, д. 10, кабинет 608. ОГРН 1105911001162, выдан 23.06.2010г Межрайонная Федеральная налоговой службы № 2 по Пермскому краю, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010г Межрайонная Федеральная налоговой службы № 2 по Пермскому краю, Березники, Пермский край, ул. Карла Маркса ,46.

Телефон 8 800 22 22 222.Все услуги оказываются по адресу: Березники, ул. Карла Маркса, 60.

1.4. Настоящий договор является рамочным и определяет общие условия оказания всех перечисленных в п.1.2. услуг Заказчику. Детализация видов работ и услуг, стоимости этапов, сроков этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, информированных согласиях, медицинской карте с обязательной подписью (согласием с изложенным) Заказчика. Совершение Заказчиком действий, свидетельствующих о намерении получить услугу в рамках настоящего рамочного договора (запись на прием) в силу п.1 ст. 160, п. 1 ст. 434, п.3 ст.438 ГК РФ признаются фактом заключения договора.

1.5. Настоящий договор является публичным в силу ст. 426 ГК РФ. Условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. Исполнитель не имеет права оказывать кому-либо предпочтение при оказании медицинских услуг, устанавливая уникальные для отдельного Заказчика условия.

1.6. Услуги могут быть оказаны Заказчику с привлечением третьих лиц – медицинских организаций, имеющих соответствующую лицензию (зуботехнических лабораторий).

#### 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику информацию в соответствии с требованиями законодательства о защите прав потребителей: сведения о местонахождении, режиме работы, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, копии лицензии, порядок оказания медицинской помощи, информация о квалификации конкретного медицинского работника предоставляется Исполнителем по требованию Заказчика, а также ознакомиться на информационном стенде самостоятельно.

2.1.2. Провести качественное обследование Заказчика, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов или в учреждениях иного медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования. Заказчик самостоятельно принимает решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача.

2.1.3. После первичного обследования предоставить Заказчику информацию: о состоянии здоровья, о возможных в конкретном случае вариантах лечения, протезирования, операций, медикаментах, о сущности оказываемых услуг, о противопоказаниях, возможных осложнениях и неприятных ощущениях, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него в связи с его медицинской спецификой, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.4. Составить для Заказчика рекомендуемый план лечения в случае, если лечение предполагает несколько этапов, согласовать его с Заказчиком. При наличии показаний, изменении состояния здоровья пациента, План

лечения может быть скорректирован в части сроков, объемов услуг и их стоимости при обязательном согласовании изменений с Заказчиком, путем заключения дополнительного соглашения или перезаключения договора

( Приложение №1)

Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения согласия Пациента. Отказ Пациента от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в Заказе. Исполнитель разъясняет Пациенту последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Пациента, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуг до их оказания: указать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны; указать предварительную сумму, когда объем и характер работы можно определить только в процессе лечения. По требованию Заказчика может быть составлена предварительная смета (финансовый план) на лечение.

2.1.6. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие (ИС) на комплекс диагностических мероприятий, а также на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.1.7. Определить для Заказчика гарантии на оказываемые услуги, ознакомить с локальным актом, устанавливающим гарантийные обязательства поликлиники.

2.1.8. Обеспечить качество и безопасность медицинской услуги в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

2.1.9. Сдать работу Заказчику, ознакомив его с объемом работ (манипуляций), который был выполнен, теми результатами, которые достигнуты и конкретными гарантийными сроками, которые установил врач, зафиксировав факт сдачи работы своей подписью и подписью Заказчика в медицинской документации.

2.1.10. По факту оказанной услуги предоставить Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги (кассовый чек, квитанция – по запросу).

2.1.11 По окончании работ Исполнитель и Пациент подписывают акт об оказанных услугах, где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг.

Данный акт подписывается двумя сторонами и является неотъемлемой частью настоящего договора. (Приложение №3).

2.1.12. Согласовать время явки Пациента каждый раз. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в письменной или устной форме.

2.1.13. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае отсутствия лечащего врача (болезни, командировки), опоздания пациента на прием более, чем на 20 минут, явки пациента на прием в состоянии, когда он не способен понимать значение своих действий - перенести прием на другое время по согласованию с Заказчиком.

2.2.2. В случае неоднократных (более 2 раз) опозданий на прием, неявок на прием без предупреждения за 24 часа – устанавливать для Заказчика ограничения по времени возможного приема.

**2.2.3. Не оказывать услуги Заказчику, если отсутствуют показания к медицинской помощи либо имеются противопоказания для проведения той или иной манипуляции. Исполнитель имеет право запросить у Заказчика медицинскую справку об отсутствии противопоказаний к медицинскому вмешательству, отложить или отменить лечебные мероприятия, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Заказчика противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма (ОРВИ, герпес, состояние алкогольного и наркотического опьянения и т.п.)**

2.2.4. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от Заказчика и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки, в частности:

а) несоблюдение Заказчиком данных врачом рекомендаций и невыполнение назначений;

б) отказ от дополнительных показанных обследований, без которых не представляется возможным поставить диагноз, подтвердить или опровергнуть наличие противопоказаний, проводить лечение;

в) нарушение правил внутреннего распорядка в медицинской организации;

г) некорректное, неэтичное, деструктивное поведение Заказчика и/или Пациента в отношениях с лечащим врачом, приведшее к отказу лечащего врача от лечения и наблюдения Заказчика/Пациента (невозможность установления терапевтического сотрудничества с заказчиком/пациентом) - Исполнитель однократно информирует Заказчика о необходимости устранения перечисленных обстоятельств устно и в письменном виде путем направления письма по указанному заказчиком адресу. Если после этого Заказчик не устранил перечисленные обстоятельства, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Заказчиком (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей»). О факте одностороннего отказа Заказчик уведомляется однократно в письменном виде. Отказ возможен только при отсутствии состояния

Заказчика/Пациента, угрожающего его жизни (экстренного состояния). 2.2.5. В случае возникновения необходимости оказания экстренной/неотложной помощи самостоятельно определять объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не озвученной пациентом.

2.2.6. Исполнитель вправе установить в холле и кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

2.2.7. Осуществлять фотофиксацию клинической ситуации полости рта, а затем выполненной работы в целях внутреннего контроля качества оказанных медицинских услуг.

2.2.8. В целях организации контроля качества оказываемых услуг и обеспечения безопасности врача и пациента производить видеозапись в холле клиники, а также в помещении лечебных кабинетов во время приема в соответствии с Положением об организации видеонаблюдения в медицинской организации Заказчик (Пациент), при этом, осознает и согласен с тем, что Исполнитель использует изображение Заказчика (Пациента), его голос в обозначенных целях (обеспечение безопасности и контроль качества оказываемых услуг).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оказывать содействие Исполнителю при оказании медицинских услуг (ст. 718, 783 ГК РФ) в частности:

а) предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента;  
б) соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения. В случае несоблюдения рекомендаций и назначений лечащего врача Заказчик несет риск наступления положительного исхода лечения, а также риски наступления возможных негативных последствий для здоровья (обострения клинической ситуации, перехода заболевания в хроническую стадию по причине не долеченной и пр.);

в) выполнить план лечения, на реализацию которого Заказчик дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих (временно препятствующих) выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения;

г) своевременно посещать лечебные и последующие профилактические приемы, понимая важность своевременного лечения для собственного здоровья. В случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя за 24 часа любым доступным способом;

д) на протяжении лечения у Исполнителя уведомить и согласовать с ним прием лекарственных средств, средств народной медицины;

е) в случае возникновения осложнений либо претензий по качеству лечения обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения или недостатка, а также первой помощи. После этого Заказчик вправе самостоятельно выбрать медицинскую организацию для устранения недостатка, если таковой будет установлен;

ж) в случае получения услуг по ортопедическому лечению, при наличии не более 6 собственных зубов на одной челюсти, предоставить врачу стоматологу ортопеду собственный фотоснимок улыбки давности не более 10 лет.

2.3.2. Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в соответствии с п.п. 2.1.2., 2.1.3., 2.1.5., 2.1.6., 2.1.7. настоящего Договора и подтвердить факт ознакомления и согласия личной подписью в листе информированного согласия, планах лечения, а также в медицинской карте. Удостоверить личной подписью сообщенные сведения о своем здоровье/здоровье Пациента.

2.3.3. Принять оказанные услуги (выполненные работы), ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями, поставив свою подпись в медицинской карте по форме 043/у.

2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка поликлиники.

2.3.5. Предупредить лечащего врача в случае, если лечение не окончено, а Заказчик/Пациент планирует длительный отъезд, при котором нарушается план и сроки лечения.

2.3.6. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора, в том числе, услуги неотложной помощи, оказанные без согласия Заказчика, в целях сохранения здоровья последнего/Пациента. 2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья/здоровья Пациента в рамках специализации персонала клиники, о предоставляемых услугах.

2.4.2. Получить качественную и безопасную медицинскую услугу. 2.4.3. Выбирать кандидатуру лечащего врача с учетом его специализации и согласия. **Лечащий врач имеет право отказаться от лечения и наблюдения пациента, если отсутствует угроза для жизни последнего, в том числе, в случае невозможности установления с пациентом лично-доверительных отношений (ст. 70 ФЗ № 323 от 21.11.2011 года). В**

**указанном случае Исполнитель производит замену лечащего врача при наличии такой возможности.**

2.4.4. Получить медицинскую справку, медицинское заключение в соответствии с Приказом МЗСР РФ от 02.05.2012 года № 441н в течение 3 (трех) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора.

2.4.5. Получить копию медицинской карты в полном объеме либо выписку из нее, а также прицельные снимки в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора. Заказчик соглашается с тем, что право на информацию о своем здоровье/здоровье Пациента реализуется им путем ознакомления с записями медицинской документации на каждом приеме, а также путем получения копии медицинской карты.

2.4.6. Получить документы для социального налогового вычета в течение 7 (семи) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора.

2.4.7. Все документы, содержащие данные о здоровье Заказчика/Пациента, могут быть выданы только лично Заказчику либо названному им в настоящем договоре лицу при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорта).

2.4.8. Пригласить по согласованию с врачом на прием одного родственника либо иное лицо, присутствия которого пожелает Заказчик (Пациент). При наличии показаний, необходимости медицинского осмотра, проведения медицинских манипуляций врач имеет право ограничить присутствие родственников (пригласить их в кабинет, когда сочтет это возможным).

**2.4.9. В случае, если Заказчик в одностороннем порядке отказался от исполнения договора в части конкретного приема (не явился на конкретный прием без предупреждения), Исполнитель вправе потребовать возмещения фактически понесенных расходов в виде простоя клиники в размере 1500 рублей за один час (ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей»). При отсутствии экстренной ситуации, запись на последующие приемы производится только после погашения задолженности.**

Заказчика в порядке, предусмотренном п.5.6. настоящего договора.

2.5. Для целей обработки персональных данных Заказчик предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных (данных о здоровье, биометрических данных) по форме (Приложения 2) к настоящему Договору.

### **3. Сроки исполнения обязательств**

3.1. **Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Заказчика/Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. Запись Заказчика/Пациента по телефону на прием рассматривается сторонами как факт согласования срока оказания конкретной услуги (срока обращения в клинику) в рамках настоящего договора.** Длительность врачебного приема: от 20 минут до 2 часов в зависимости от вида приема и медицинских вмешательств.

3.2. Сроки предоставления консультативных услуг оказываются по записи в день обращения, исходя из конкретной клинической ситуации Заказчика и с учетом материально-технической возможности у Исполнителя, загруженности приема врача. Диагностические услуги, оперативные вмешательства, конкретные услуги, проведения длительного этапного лечения конкретизируются по соглашению с Заказчиком, исходя из периода, необходимого для изготовления зубопротезных, конструкций; общего соматического статуса пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации проводятся по записи. Количество необходимых приемов (период времени, в течение которого оказывается услуга, сдается работа) определяется индивидуально, согласуется с Заказчиком и фиксируется в плане лечения либо медицинской карте.

### **4. Качество и безопасность услуг, гарантийные обязательства**

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций, хронизация – в зависимости от состояния здоровья Заказчика/Пациента и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Заказчиком результата не является свидетельством некачественной услуги (отсутствие остеоинтеграции импланта, не приживление костного материала).

4.3. Качество зубного протеза определяется соблюдением стандарта его изготовления. Выявление аллергии на материалы, из которых изготавливаются протезы, и которая не могла быть спрогнозирована, несоответствие ожиданий Заказчика полученному комфорту и эстетике не свидетельствуют о некачественном оказании услуги.

4.4. **Внешний вид зубного протеза (ов), а именно: цвет, высота, ширина, форма зубов, их направление, соотношение их между собой и высотой десневого края - формируются на основе индивидуальных антропометрических показателей с учетом положения уже имеющихся зубов. Заказчик имеет право высказать свои пожелания относительно эстетики протезов не более, чем на двух приемах. Если все пожелания Заказчика были выполнены, протез (коронка) соответствует методике его создания с учетом антропометрических показателей, но Заказчик не принял работу, ортопедическая работа считается сданной Заказчику, а ортопедическая услуга – оказанной качественно.**

4.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по договору, предполагают возможность вмешательства в органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Заказчик, не является дефектом медицинской помощи.

4.6. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Заказчика/Пациента.

4.7. Гарантийные обязательства сторон при оказании стоматологических услуг установлены локальным правовым актом – положением о гарантиях, являющимся составной частью условий настоящего договора.

4.8. Ответственность Исполнителя по гарантийным обязательствам не наступают в случае:

4.8.1. Если Заказчик умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о перенесенных заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему договору, а также по иным основаниям предусмотренным законодательством РФ

4.8.2. Если восстановленный зуб с удаленным «нервом» (депульпированный) не закрывается Заказчиком ортопедической конструкцией в течении одного месяца с момента окончания лечения.

4.8.3. Возникновения у Заказчика в процессе лечения, протезирования или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий.

4.8.4. Отторжение имплантатов в результате соматического заболевания

4.8.5. Проведение зуб сохраняющих операций

4.8.6. Лечения зубов с диагнозом «периодонтит»

4.8.7. Повторного лечения корневых каналов

4.8.8. Повышенной или сниженной чувствительности оболочки полости рта, зубов и кожи лица, замедленного заживления ран, отека тканей, болевых ощущений, аллергической реакции и других неожиданных последствий, и осложнений.

## 5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Заказчика/Пациента определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Заказчиком в соответствии с Прайс-листом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

5.2. Цена услуг в ходе лечения может изменяться 1 раз в год, но не более чем на 15 %. При согласовании с Заказчиком финансового плана стоимость лечения остается неизменной при условии неизменности плана лечения.

5.3. Оплата оказанных услуг производится при оказании услуг по терапевтической стоматологии, детской стоматологии, хирургической стоматологии, пародонтологии–непосредственно после приема врача (оказания услуги).

Стороны соглашаются, что услуги в области ортопедии оплачиваются на условиях предоплаты: 50% стоимости – до начала выполнения плана (до начала оказания услуг), 50% - в день сдачи работы;

5.4. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах. В случае нехватки денежных средств для оплаты оказанных услуг либо отсутствия наличных денежных средств при возможной неисправности банковского терминала Заказчик **собственноручно** пишет расписку с указанием суммы задолженности и обязательством оплатить услуги в течение трех рабочих дней с даты составления расписки.

5.5. В случае задержки Заказчиком оплаты оказанных ему услуг в соответствии с п. 5.4. договора более чем на 3 (три) рабочих дня, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика выплаты пени в размере 0,1 % за каждый день просрочки оплаты от стоимости неоплаченных услуг.

В случае если пациент не заплатил (ли не доплатил) за медицинскую услугу в течение одного календарного месяца с даты оказания услуги, Исполнитель вправе выставить Пациенту иск НА СУММУ ЗАДОЛЖЕННОСТИ ПО МЕСТУ НАХОЖДЕНИЯ КЛИНИКИ.

5.6. В случае, предусмотренном п. 2.4.9., Заказчик вносит стоимость простоя клиники в кассу организации наличными денежными средствами, безналичным платежом.

Точная стоимость определяется в процессе лечения. Стоимость на момент осмотра и стоимость в случае изменения цены и сроков оказания услуги прописывается в плане лечения (приложение №1),

Стоимость оказанных стоматологических услуг определяется по прейскуранту Исполнителя, действующий на день обращения за медицинскими услугами. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на информационном стенде клиники и на официальном сайте [зубныефеи.рф](http://зубныефеи.рф) в разделе пациентам, подраздел платные услуги.

5.7 Фактом оплаты считается: выдача кассового чека и акта об оказании услуги. Кассовый чек может быть электронным и предоставится Заказчику по его требованию.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ ЗА НЕ ВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ.

6.1. Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Заказчиком/Пациентом рекомендаций и назначений врачей-специалистов клиники, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ). Клиника оставляет за собой право требовать

подтверждения надлежащего соблюдения Заказчиком/Пациентом назначений и рекомендаций врачей-специалистов, вплоть до направления Заказчика/Пациента на экспертизу.

6.2. Все назначения и рекомендации врачей, соблюдение которых необходимо для обеспечения безопасности медицинской услуги для здоровья Заказчика/Пациента, предотвращения наступления возможных побочных эффектов, сохранения достигнутых результатов лечения фиксируются в информированных согласиях, в медицинской карте пациента, соответствующих памятках.

6.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. В качестве форс-мажорных обстоятельств, в том числе, признаются: решении органов муниципальной и государственной власти, коммунальные аварии, связанные с отключением тепла, электроэнергии, воды.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА.

7.1. Срок действия договора устанавливается с **01 сентября 2023 г** и действует в течении года.

Если ни одна из сторон за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он продолжает действие на следующий срок такой же продолжительности.

Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств, либо изменений в законодательстве РФ

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой из сторон

7.3. С момента подписания настоящего договора предыдущий договор теряет юридическую силу.

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

7.5. Все дополнительные соглашения и приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

## 8. УРЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗНОГЛАСИЙ.

8.1. В случае если между Исполнителем и Заказчиком возникнет недопонимание, если у Заказчика к администрации поликлиники есть вопросы, он может направить Исполнителю «Предложение об урегулировании ситуации». Предложение об урегулировании ситуации – не претензионный документ, направляется Исполнителю при наличии желания продолжать лечение в клинике, готовности встречаться для переговоров с главным врачом и руководителем клиники.

8.2. Предложение об урегулировании ситуации может быть написано от руки, отправлено по электронной почте, через форму сайта либо изложено в рамках телефонного разговора. Предложение рассматривается в течение 3 рабочих дней, результат рассмотрения может быть сообщен Заказчику по электронной почте, в письменном виде либо по телефону.

8.3. В случае возникновения претензий относительно качества оказанных медицинских услуг, нежелания продолжать в дальнейшем лечение в клинике, намерения защищать интересы исходя из норм Закона РФ «О защите прав потребителей», Заказчик имеет право составить официальную претензию.

8.4. Претензия составляется только в письменном виде за личной подписью Заказчика, либо его представителя с надлежаще оформленными полномочиями, с указанием конкретных обстоятельств неисполнения клиникой своих обязательств и тех требований, которые предъявляет Заказчик на основании действующего законодательства РФ. Претензия рассматривается в течение 10 рабочих дней, если она содержит требования, предусмотренные в ст. 22 Закона РФ «О защите прав потребителей», результат рассмотрения оформляется в письменном виде.

8.5. Исполнитель не принимает претензии по качеству медицинских услуг, в основе которых лежат медицинские заключения, выданные специалистами иных медицинских организаций не в рамках проведения медицинской экспертизы.

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Заказчик:	Исполнитель:
ФИО ПАСПОРТ АДРЕС Настоящей подписью пациент подтверждает свое ознакомление с условиями договора, стоимостью медицинских услуг... информацией о гарантиях.. информацией о сроках лечения. Заказчик _____ / _____	ООО «Зубные Феи» ИНН 5911062498 ОГРН 1105911001162 Р/С 40702810149770028403 в Волго -Вятский банк ПАО Сбербанк К/С 30101810900000000603 БИК 042202603 Пермский край г .Березники ул Карла Маркса 60 тел.:834(242)01315 e_mail:89125982807@mail.ru генеральный директор Терентьева Анастасия Васильевна Исполнитель _____ / _____ Терентьева А.В.

Приложение №1 к договору № \_\_\_\_\_  
Соглашение о предварительном плане лечения.

г. Березники

01 сентября 2023 г

ООО Зубные Феи, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующего устава, с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Заказчику следующие платные медицинские услуги согласно предварительному плану лечения.

Предварительный план лечения «{План.Название}» от {План.От}

ФИО пациента \_\_\_\_\_

Родитель \_\_\_\_\_

{Услуги}				
Наименование услуги	Зубы	Цена	Кол-во	Сумма
{Заголовок1}{Наименование}				{Сумма}
{Заголовок2}{Наименование}				{Сумма}
{Наименование с кодом}	Зуб	Цена	Кол-во	{Сумма}
Итоговая стоимость услуг			{Услуги.Итого}	

{Страховая Название}	{!Страховая}
-------------------------	--------------

Адрес \_\_\_\_\_

Дата	Номер зуба, диагноз	Сумма оказания медицинской услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя	Срок /дата оказания услуги	Изменения суммы оказания медицинской услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя	Основания для изменения суммы	Срок /дата оказания услуги	Настоящей подписью пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг... информацией о гарантиях.. информации о сроках лечения.

2. Соглашение составлено в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых хранится у Заказчика и один у Исполнителя.

3. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от **01 сентября 2023 г**

4. Стороны договорились о возможности использования факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя, либо лица действующего на основании доверенности от имени Исполнителя (в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ).

Исполнителя \_\_\_\_\_ / Терентьева А.В./

Заказчик \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## Приложение № 2

к договору на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_

В соответствии с пп.5ч.1 ст.6 ФЗ №152 «О персональных данных» получение согласия от пациента на обработку его общих персональных данных (ФИО, контакты, паспортные данные), если она осуществляется только в рамках договора на оказание медицинских услуг, не требуется.

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

**на обработку специальных категорий персональных данных (данных о здоровье),  
биометрических данных.**

Настоящим, Я, \_\_\_\_\_,

ПАСПОРТ \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью, паспортные данные, адрес) даю согласие ООО «Зубные Феи» (Фактический адрес: город Березники, ул. Карла Маркса дом 60) на обработку моих персональных данных

Обработка данных о моем здоровье, биометрических данных (моего видеоизображения, голоса) может осуществляться в медико-профилактических целях, в целях обеспечения безопасности сотрудников медицинской организации и моей безопасности; в целях рассмотрения конфликтов, стороной которых я являюсь; в целях проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой мне.

Обработка персональных данных и данных о здоровье может осуществляться в медико-профилактических целях.

Обработка данных о здоровье в научных, исследовательских, учебных, а также в целях продвижения стоматологических услуг клиники, включая обнародование и дальнейшее использование изображений, результатов фото и видеосъемки лечебного процесса, допускается при условии их обезличивания.

В процессе оказания Клиникой мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать данные о моем здоровье

другим должностным лицам Клиники в интересах моего обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Я предоставляю Клинике право осуществлять все действия (операции) с данными о моем здоровье, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание в научных, учебных или статистических целях, блокирование, уничтожение данных. Срок хранения моих персональных данных, срок действия Согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов, и составляет 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам, не указанным в настоящем согласии, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю свое согласие на пересылку копий медицинской документации, результатов анализов, выписок из \_\_\_\_\_ медицинской документации на \_\_\_\_\_ указанную электронную почту:

Я ознакомлен(а), что канал пересылки информации по электронной почте не является защищенным и не может гарантировать сохранность медицинской тайны и персональных данных.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Клиники по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Клиники.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в медико-профилактических целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ Дата составления согласия **01 сентября 2023 г**

Подпись администратора: \_\_\_\_\_



## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «ЗУБНЫЕ ФЕИ»

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_, проживающий \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ЗУБНЫЕ ФЕИ» в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующей на основании Устава (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

**Настоящее согласие дано мной 01 сентября 2023 г**

**и действует бессрочно.**

Я оставляю за собой право 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

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

Расписался в моем

присутствии: \_\_\_\_\_ (должность, ФИО)

### Приложение №3

к договору на оказание платных стоматологических услуг № \_\_\_\_\_

Акт по оказанным стоматологическим услугам за {ДатаСчета}

Медицинская организация, именуемая ООО «Зубные Феи» в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Терентьевой Анастасии Васильевны, действующая на основании устава, оказываемые услуги согласно лицензии: оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии; оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО -59-01-005252 от 24.01.2020г. на осуществление медицинской деятельности, бессрочно. Выдана Министерством здравоохранения Пермского края, телефон:8 (342) 265-47-40 адрес: Адрес: г. Пермь, бульвар Гагарина, д. 10, кабинет 608. ОГРН 1105911001162, выдан 23.06.2010г Межрайонная Федеральная налоговой службы № 2 по Пермскому краю, ИНН 5911062498, выдан 23.06.2010г Межрайонная Федеральная налоговой службы № 2 по Пермскому краю, Березники, Пермский край, ул. Карла Маркса ,46.

Телефон 8 800 22 22 222. Все услуги оказываются по адресу: Березники, ул. Карла Маркса, 60. , и \_\_\_\_\_, ПАСПОРТ \_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем

«Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», во исполнение Договора на предоставление медицинских услуг от 01.09.2023 г. № \_\_\_\_\_ составили настоящий Акт о нижеследующем:

Родитель \_\_\_\_\_

ФИО лечащего врача {Врач.ФамилияИмяОтчество}

Первичный диагноз: {Диагноз}

Оказанная медицинская помощь: {Лечение}

Диагноз после лечения: {Диагноз}

Рекомендации: {Рекомендации}

{Услуги}					
№	Наименование услуги	Зубы	Цена	Кол-во	Сумма
{№}	{Наименование}	{Зуб}	{Цена}	{Количество}	{Сумма}
Итоговая стоимость оказанных услуг				<b>{Услуги.Итого}</b>	

Лечение по гарантии {!ЛечениеПоГарантии}

ДМС {!Страховая}

Услуги по купону {!Купон} {Скидка.Название} {!Скидка}

Итоговая стоимость со скидкой {Услуги.Итого.СоСкидкой}

Предоплата пациентом будущих услуг \ погашение задолженности {!Предоплата}

Кредитование пациента \ зачет аванса {!Задолженность}

Итого к оплате {ОплатаЧислом}

Пациент \_\_\_\_\_ и Клиника, в лице {Врач.ФамилияИмяОтчество} составили настоящий АКТ о том, что Исполнитель по заданию и с письменного информированного согласия Пациента провел качественное обследование и лечение.

Услуги оказаны качественно, в срок, Стороны взаимных претензий не имеют. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

Подпись пациента или законного представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / {Врач.ФамилияИмяОтчество}

## Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, гр. \_\_\_\_\_ Паспорт РФ: \_\_\_\_\_, Выдан: \_\_\_\_\_, зарегистрирован и для отправки писем \_\_\_\_\_, даю согласие на получение платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью «Зубные Феи»

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в ООО «Зубные Феи»

Я уведомлен 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 оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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 Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

01 сентября 2023 г.

\* Информированное добровольное согласие является (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.