ДОГОВОР о предоставлении медицинских услуг

город Муром 20 августа 2019 г.

Гражданин (-ка)

именуемый (ая) в дальнейшем "Заказчик", с одной стороны, и общество с ограниченной ответственностью "Новая стоматология", в лице генерального директора Соколова Дениса Вячеславовича, действующего на основании Устава и Лицензиина осуществление медицинской деятельности №ЛО-33-01-002481 от 24 ноября 2017 года, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор в пользу Гражданина (-ки) Ляпин Константин Александрович, именуемого (-ой) в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем:

Сведения о Сторонах:

Сведения об Исполнителе:

1. Наименование и фирменное наименование: общество с ограниченной ответственностью «Новая стоматология».
2. Адрес места нахождения: 602205, Владимирская область, город Муром, улица Дзержинского д.45.
3. Адреса мест оказания медицинских услуг: 602265, Владимирская область, город Муром, ул. Льва Толстого д.94, нежилые помещения №№ 1-8 (литер А), расположенные на 1-м этаже;602252, Владимирская область, город Муром, ул. Московская д.123, нежилые помещения №№ 1-6 (литер А), расположенные на 1-м этаже; 602205, Владимирская область, город Муром, ул. Дзержинского д.45, нежилые помещения №№1-8 (литер А), расположенные на 1-м этаже; 602267, Владимирская область, город Муром, ул. Московская д.16, помещение 12.
4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица, ОГРН 1063334002038, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 4 по Владимирской области 09.02.2006, бланк серии 33 № 001381119.
5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: № ЛО-33-01-002481 от24 ноября 2017 года, выдана Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (город Владимир, ул. Б. Московская, дом 61, тел. (4922) 32-58-71),

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией:

602205, Владимирская область, город Муром, ул. Дзержинского д.45, нежилые помещения №№1-8 (литер А), расположенные на 1-м этаже, 602267, Владимирская область, город Муром, ул. Московская д.16, помещение 12: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической;

602252, Владимирская область, город Муром, ул. Московская д.123, нежилые помещения №№ 1-6 (литер А), расположенные на 1-м этаже: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической;

602265, Владимирская область, город Муром, ул. Льва Толстого д. 94, нежилые помещения №№ 1-8 (литер А), расположенные на 1-м этаже: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической.

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте https://www.stomatolog-33.ru.

Сведения о Потребителе (если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик):

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

(Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)

Телефон потребителя: +7 (910) 1877661

Сведения о Заказчике (законном представителе потребителя):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)

Телефон Заказчика **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом "О защите прав потребителей", Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 "Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по проведению стоматологического лечения, включающей в себя:

1.1.1. Установление предварительного диагноза, выбор методов лечения и составление плана выполнения лечения. 1.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и согласованным планом лечения.

1.2. Услуга оказывается силами врачей, сотрудников Исполнителя, в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя лично Заказчику, либо названным им лицам.

2. Стоимость услуги и порядок расчетов

2.1. Стоимость каждого этапа лечения, выполняемого при оказании услуги, закреплена в Прейскуранте, утвержденном Исполнителем и действующим на момент подписания настоящего Договора. Заказчик ознакомлен с действующим Прейскурантом до момента заключения настоящего Договора.

2.2. Оплата услуги (п. 1.1.1., 1.1.2. Договора) осуществляется по выполнении каждого этапа, на основании выставленного счета, но не позднее начала следующего этапа лечения.

2.3. Заказчик осуществляет предоплату в размере 50% стоимости ортопедических и ортодонтических и 100% прочих услуг (в том числе, при выполнении ортопедических и ортодонтических работ на CADCAMоборудовании).

2.4. Оплата осуществляется в рублях, путем наличного расчета через ККМ Исполнителя, эквайринга через банковский терминал Исполнителя, а также посредством безналичного перевода на расчетный счет Исполнителя.

3. Исполнитель обязуется

3.1. Поручить врачу провести собеседование и осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, отразить результаты обследования и план лечения в медицинской карте Заказчика.

3.2. Проинформировать Заказчика о результатах обследования, разъяснить Заказчику, учитывая отсутствие у него специальных знаний, все особенности, свойства, характеристики, предполагаемый внешний эстетический вид, в случае проведения рекомендованного (выбранного) лечения.

3.3. Информировать Заказчика о возможных осложнениях, связанных с проведением стоматологического лечения.

3.4. Информировать Заказчика, что невыполнение указаний врача и иные обстоятельства, зависящие от Заказчика, такие как: несоблюдение гигиены, правил эксплуатации, несвоевременное посещение, утаивание о себе необходимых данных для лечения, отказ от необходимого эндодонтического и хирургического лечения, настаивание Заказчика на выборе заведомо неверного метода исполнения услуги, могут снизить качество проводимого лечения.

3.5. Поручить врачу, провести лечение Заказчика, используя наиболее безболезненные и качественные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями.

3.6. Учитывать пожелания Заказчика при выборе специалистов для проведения стоматологического лечения.

3.7. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

4. Заказчик обязуется

4.1. Ознакомиться с "Правилами предоставления стоматологических услуг " в ООО "Новая стоматология" до начала исполнения условий п.п. 1.1.-1.2. Договора.

4.2. Подписывая настоящий договор, Заказчик, соглашается с тем, что все услуги ему будут оказаны в соответствии с названными Правилами.

4.3. В случае согласия с выбранными вариантами лечения подписать письменные уведомления (информированные согласия) с указанными вариантами лечения.

4.4. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения. Объем сведений определяется врачом.

4.5. Выполнять все указания лечащего врача; своевременно, в согласованное с врачом время, являться на лечение; соблюдать гигиену полости рта и др.

4.6. При невозможности явиться на лечение в назначенное время, сообщить Исполнителю и согласовать другое время.

4.7. Своей подписью удостоверять факт приемки проведенного этапа лечения.

4.8. Являться на необходимые профилактические осмотры не реже чем 1 раз в 6 (шесть) месяцев в период гарантийного срока.

4.9. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора, либо посетить клинику для оказания помощи.

4.10. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникшей по вине Заказчика, оплатить фактически оказанные услуги Исполнителя в полном объеме.

5.Права заказчика:

5.1.Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также о квалификации и сертификации специалистов.

5.2. Выбор лечащего врача, с учетом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача взамен ранее выполнявшего лечение.

5.3.Получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов.

5.4. Выбирать по своему усмотрению план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения, предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями.

5.5. Проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов Исполнителя.

5.6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении.

5.7. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

5.8. Отказ от медицинского вмешательства.

6. Права Исполнителя.

6.1. При отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

6.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

6.3. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги:

6.3.1. При наличии у Заказчика медицинских противопоказаний.

6.3.2. Если Заказчик настаивает, на непредусмотренных вариантах лечения, которые, по мнению Исполнителя, приведут к снижению качества проводимого стоматологического лечения.

7. Общие положения:

7.1. Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Заказчика на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием для начала лечения.

7.2.Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Заказчика о Согласии на лечение одновременно является его согласием с предложенной Исполнителем кандидатурой врача, методами и сроками выполнения плана лечения. А также подтверждением полного взаимопонимания между врачом и Заказчиком на момент подписи.

7.3. Заказчик соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Точная стоимость определяется после завершения лечения.

7.4. Заказчик соглашается с тем, что желает, и будет получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о методах лечения, связанном с ними риске, возможных осложнениях и прочих особенностях лечебного процесса.

7.5. Заказчик информирован о том, что после проведенного лечения могут возникнуть некоторые неудобства, болезненные ощущения, психологический дискомфорт которые не могут считаться недостатком услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса заживления, процесса адаптации организма и процесса восстановления зубочелюстной системы.

7.6. Заказчик согласен подтверждать личной подписью:

7.6.1. Предварительное ознакомление с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями.

7.6.2. Выбор плана лечения.

7.6.3. То, что он информирован о более высокой степени риска осложнений при выборе альтернативного плана лечения.

7.6.4. Получение от врача всей интересующей Заказчика информации в доступной устной форме.

7.6.5. Получение ортопедической или ортодонтической конструкции, отсутствие замечаний при их установке.

7.6.6. То, что он информирован о возможном снижении качества предоставляемой услуги при несоблюдении требований и рекомендаций лечащего врача.

7.6.7. Принятие на себя ответственности за результат услуги, оказываемой по настоянию Заказчика и вопреки рекомендациям врача, без каких либо гарантий со стороны Исполнителя. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят ущерба здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения основных рекомендаций врача.

7.6.8. Необходимые в ходе лечения согласования, касающиеся эстетических и функциональных особенностей лечения, изменения конструкций протезов, гарантийных условий, и прочих особенностях лечебного процесса.

8. Сроки выполнения работ:

8.1. Сроки выполнения работ определяются врачом по согласованию с Заказчиком.

9. Порядок изменения оговоренного объема работ.

9.1. При необходимости проведения дополнительных исследований, процедур или в случае изменения диагноза, если это не вызвано неквалифицированными действиями Исполнителя для достижения цели настоящего Договора, Исполнитель информирует Заказчика об этом и предлагает оплатить названные дополнительные действия в соответствии с настоящим Договором.

9.2. В случае согласия Заказчика и внесения им дополнительной платы, Исполнитель продолжает оказывать услугу, оговоренную настоящим Договором.

9.3. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных исследований или процедур. Исполнитель не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза.

9.4. При отсутствии у Исполнителя технических возможностей качественно исполнить свои обязательства, он вправе направить Заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

10. Ответственность сторон

10.1.В случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи Заказчик имеет право на возмещение ущерба в соответствии с действующим законодательством.

10.2.Заказчик несет ответственность за достоверность предоставленной информации, выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных услуг а также за результат услуг, предоставленных по его настоянию (в соответствии с п. 7.6.7 настоящего Договора).

10.3 Исполнитель не гарантирует положительный результат предоставляемых услуг, а Заказчик теряет право на бесплатное гарантийное обслуживание в случаях:

10.3.1. Нарушения Заказчиком обязательств по настоящему Договору.

10.3.2. Предоставления услуг в соответствии с п. 7.6.7 настоящего договора.

10.3.3. Если план лечения не выполнен по причине неявки Заказчика или его отказа продолжить лечение.

10.3.4 Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.

10..3.5 Переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении.

10.3.6. Возникновения осложнений при лечении зубов, подвергшихся лечению в другой клинике.

10.3.7. Ремонта и исправления работы самим пациентом.

10.3.8. Истечения срока гарантии по услуге.

10.3.9. При неявке Заказчика в установленный срок на профилактический осмотр без уважительных причин. При неявке Заказчика в установленный срок на профилактический осмотр при наличии уважительной причины, Заказчик обязан принять все необходимые меры для предварительного уведомления в разумный срок Исполнителя о переносе даты профилактического осмотра и согласовать с Исполнителем новую дату перенесенного профилактического осмотра.

10.4. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком за нарушение сроков исполнения обязательств, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Заказчика на прием к лечащему врачу, либо невыполнение в назначенные врачом сроки необходимых обследований, либо специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно.

11. Срок действия и порядок расторжения договора.

11.1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами.

11.2. Договор действителен при каждом обращении Заказчика к Исполнителю.

11.3. Договор может быть расторгнут по взаимному согласию сторон с составлением Акта о расторжении Договора, либо по решению суда.

12. Дополнительные условия.

12.1. Претензии по поводу качества оказанных услуг представляются Заказчиком письменно и рассматриваются Генеральным директором или его заместителями в присутствии Заказчика. В случае не достижения Сторонами согласия - в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

12.2. Исполнитель оставляет за собой право комплексного контроля качества предоставляемых услуг.

12.3. Всякие изменения и дополнения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

13. Согласие заказчика на обработку персональных данных

13.1. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает согласие Исполнителю на проверку и обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, уточнение (обновление, изменение), хранение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение его персональных данных включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол (мужской или женский), паспортные данные (серия, номер, наименование органа, выдавшего паспорт, дату выдачи, код подразделения), почтовый адрес, контактную информацию (номера телефонов, адреса электронной почты), результаты опросов и исследований, направленных на улучшение качества работы и продвижения услуг, амбулаторные данные и другие данные, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, здоровья его представляемого, заболеваниях, данные о факте 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. Доступ к персональным данным осуществляется посредством персональной карты. Согласие, данное Заказчиком на обработку своих персональных данных, действует до момента его отзыва, посредством направленияв ООО «Новая стоматология» письменного заявления по адресу: 602254, Россия, Владимирская обл., г. Муром, ул. Дзержинского , д. 45. Данное Согласие на обработку своих персональных данных считается отозванным по истечении 10 (десяти) рабочих дней с даты получения заявления Исполнителем.

Заказчик (ФИО полностью, подпись) Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Законный представитель (ФИО полностью, подпись)

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

**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, не включенные   
в** [**Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ   
от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов   
медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное   
добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации   
для получения первичной медико-санитарной помощи"**](http://base.garant.ru/70172996/#text)

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | , |
| (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |  |

даю информированное добровольное согласие : на оказание терапевтической стоматологической помощи / на проведение ортодонтического лечения / на проведение ортопедического стоматологического лечения / удаление зуба/ (не нужное зачеркнуть)

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

|  |  |
| --- | --- |
| ООО «Новая стоматология» | . |
| (полное наименование медицинской организации) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. медицинского работника) |
|  | |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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),

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |
|  |  | |  | (дата оформления) | | |  |