Настоящим я, _____
(Ф.И.О. Пациента)
подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, 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 или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

_____ _____
(подпись) **(дата)**

ДОГОВОР

возмездного оказания стоматологических услуг

г. Самара «_____»_____20 года

Общество с ограниченной ответственностью «София-Дент», именуемое в дальнейшем **"Исполнитель"**, в лице **директора Трейгера Михаила Леонидовича,** действующего на основании Устава, с одной стороны, и **ФИО**, действующий/ая от своего имени, именуемый/ая в дальнейшем **"Заказчик"/ «Пациент»**, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные стоматологические услуги, согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю *лицензией на медицинскую деятельность №ЛО-63-01-002537, выданной 22.04.2014, срок действия – бессрочно. Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:рентгенологии, сестринскому делу,при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики,стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.*

Перечень и стоимость стоматологических услуг, оказываемых пациенту в рамках настоящего договора указывается в прейскуранте.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. В оговоренное с Заказчиком время Исполнитель организует осуществление осмотра Заказчика квалифицированным врачом-стоматологом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Заказчика. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя и отражает его в медицинской карте Заказчика , при этом объем согласованных Заказчиком медицинских услуг определяется в момент получения медицинских услуг.

2.2. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента/Заказчика.

2.3. Исполнитель не оказывает услуги, если у Заказчика имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Заказчик находится в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

2.4. Исполнитель предоставляет гарантию на стоматологические услуги на основании «Положения о предоставлении гарантии».

2.5. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПРАВА СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1 Оказывать Заказчику/Пациенту медицинские услуги в соответствии с установленными профессиональными медицинскими стандартами, действующими на территории РФ

3.1.2. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую карту.

3.1.3. Информировать Заказчика/Пациента об обстоятельствах, затрудняющих выполнение медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг.

3.1.4. Предоставлять Заказчику/Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

3.1.5. Информировать Заказчика/Пациента о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг.

3.1.6. По письменному заявлению Заказчика/Пациента выдавать ему выписку из медицинской карты Заказчика/Пациента, иную медицинскую документацию в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

3.1.7. По требованию Заказчика/Пациента предоставить для ознакомления документы, подтверждающие специальную правоспособность Исполнителя и его врачей.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента, используемых в медицинских информационных системах.

3.1.9. При оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплатить стоимость медицинских услуг в порядке, установленном настоящим Договором.

3.2.2. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю информацию о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях,сведения о наличии заболевания, представляющего опасность для окружающих.

3.2.3. Выполнить все требования и/или обеспечить выполнение всех требований и рекомендаций по лечению , в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания медицинской услуги.

3.2.4. Обеспечить осуществление действий, направленных на достижение должного уровня заботы о своем здоровье и не совершение действий, наносящих ущерб своему здоровью и здоровью других лиц.

3.2.5. Осуществлять при отсутствии медицинских противопоказаний, обязательные профилактические мероприятия, невыполнение которых создает угрозу здоровью Пациента.

3.2.6. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами, включая медицинских работников, в случае если он знает о наличии у него заболевания, представляющего опасность для окружающих.

3.2.7. Сообщать Исполнителю о жалобах , перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.

3.2.8.За свой счет оплачивать расходы, потребовавшиеся на лечение осложнений, возникших вследствие собственных сознательных действий вопреки согласованным назначениям Исполнителя.

3.2.9.При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

3.2.10. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.2.11. Предоставить Исполнителю согласие на обработку персональных данных по форме, установленным Исполнителем.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуг Пациенту. 3.3.2. Отказать в оказании медицинских услуг вследствии невозможности Исполнителя оказать услуги Пациенту, в том числе в случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.

3.3.2. Приостановить оказание Пациенту услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком положений главы 4 Настоящего Договора.

3.3.3. Исполнитель вправе с целью исполнения обязательств по настоящему договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя, на отказ от медицинского вмешательства;

3.4.3. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах;

3.4.4. Выбирать лечащего врача с учётом специализации врача и его согласия;

3.4.5. Выбирать время приёма у врача из имеющегося свободного;

3.4.6. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя;

3.4.7. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом цен, действующим на дату оказания медицинской услуги и указывается в Акте выполненных работ и/или документах на оплату медицинских услуг.

4.2. Расчет за медицинские услуги Заказчик осуществляет путем перечисления на расчетный счет или внесения денежных средств в кассу Исполнителя в размере стоимости фактически оказываемых Пациенту услуг в день оказания медицинской услуги, если иные сроки оплаты не согласованы Сторонами в дополнительном соглашении в настоящему Договору.

4.3. Оказываемые по настоящему договору услуги не входят в программы добровольного или обязательного медицинского страхования и не финансируются никакими сторонними организациями.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность:

5.1.1. За качество, объем и сроки оказываемых Пациенту медицинских услуг, за исключением ситуаций, когда исполнение сроков не соблюдено по причинам, на зависящим от Исполнителя.

5.1.2. За достоверное и своевременное информирование Заказчика/Пациента о возможном развитии побочных явлений или осложнений, связанных с лечебно-диагностическим процессом при оказании медицинских услуг.

5.1.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинских услуг по настоящему Договору, если Заказчик нарушит п.п. 3.2.2-3.2.4, 3.2.8.-3.2.10 настоящего Договора.

5.2. Заказчик несет ответственность:

5.2.1. За своевременную оплату стоимости предоставленных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

5.2.2. За достоверность предоставленной врачу информации о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях,противопоказаниях.

5.2.3. За выполнение/не выполнение Пациентом всех требований и рекомендаций по лечению медицинского персонала Исполнителя, в том числе соблюдение/не соблюдение указаний Исполнителя, предписанных на период после оказания медицинской услуги. Не исполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациентом, повлекшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

7.2. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.

7.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор в случае, если Заказчик отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем.

7.4. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ

7.5. Содержащиеся в медицинской карте Заказчика дополнения к договору являются его неотъемлемой частью.

7.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ
ООО «София-Дент»
443099 г. Самара ул. Пионерская, д.100/
ул. Галактионовская, д.2, цок. этаж, комн. 29
ИНН 6317099590 КПП 631701001
ОГРН
р/с 40702810454400016546 в
ПАО «Сбербанк» г. Самара
к/с 30101810200000000607 БИК 043601607
Тел: 225-18-05
Директор_____ М. Л. Трейгер

ЗАКАЗЧИК
ФИО:
Паспорт:
Адрес:
Тел:

_____ФИО

Утверждаю
директор ООО «София-Дент» _____Трейгер М.Л.
«___»_____20____

Положение о предоставлении гарантии

1. Гарантия на бесплатное устранение недостатков проведенного лечения действует в течении срока и со дня, указанного в амбулаторной карте пациента, при условии полной оплаты произведенного лечения.
2. Гарантийные обязательства распространяются на все виды проведенного терапевтического лечения сроком на 12 месяцев при условии прохождения профилактического осмотра в сроки, указанные врачом в амбулаторной карте и с учетом влияния на организм общих заболеваний и состояний.
3. Гарантии на эндодонтическое лечение предоставляются индивидуально на основании данных клинического обследования и применяемой методики лечения. При предоставлении гарантии на эндодонтическое лечение, срок ее действия может быть от 6 до 12 месяцев с момента окончания лечения, за исключением зубов, ранее леченных эндодонтически, что отражается в амбулаторной карте.
4. Гарантийные обязательства на выполненные ортопедические работы устанавливаются сроком на 12 месяцев при условии соблюдения комплексного плана лечения, отраженного в амбулаторной карте и согласованного с Пациентом.
5. В период действия гарантии Исполнитель обязуется бесплатно устранить недостатки, возникшие в процессе пользования ортопедическим протезом в случае нарушения целостности ортопедической конструкции. Устранение вышеперечисленных недостатков производится только в случае, если они возникли не вследствие нарушения пациентом правил использования протезов и ухода за ними, действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы.
6. Гарантия на имплантацию зубов действует при полном отторжении имплантата и его удалении из полости рта. Срок гарантии на услугу имплантации зубов составляет 12 месяцев.

Через определенное время проводится повторная имплантация в эту же область или альтернативное протезирование по желанию Заказчика. Повторная имплантация и протезирование в этом случае производится за счет средств Исполнителя. Гарантия на имплантацию зубов действует только в тех случаях, когда пациент соблюдает режим профилактических мероприятий, назначенный доктором, проходит регулярные профилактические осмотры, рентгеновские снимки по необходимости, снятие зубного налета и зубного камня 1 раз в 6 месяцев, поддержание хорошего состояния десен.

Ознакомлен
_____/ ФИО

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся, _____ФИО_____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "София-Дент" (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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 внутренним документооборотом клиники.

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 ___дата подписания_____ 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.

Паспортные данные: _____
Почтовый адрес: _____
Контактный телефон: _____

Подпись субъекта персональных данных _____ (ФИО)