

ДОГОВОР № _____
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пермь

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр стоматологии и имплантологии Астра-мед», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача _____, действующего на основании доверенности _____ г., с одной стороны,

зарегистрированный (-ая) по адресу:

именуемый(-ая) в дальнейшем **«Заказчик» («Пациент»)**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о следующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование:

Общество с ограниченной ответственностью «Центр стоматологии и имплантологии Астра-мед»;

1.1.2. Адрес места нахождения: 614068, г. Пермь, ул. Пермская, 161;

1.1.3. 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 серия 59 № 004857502 выдано ИФНС России по Ленинскому району г. Перми 18.03.2013 г.

1.1.4. 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: Лицензия серия ЛО № 5901002831 выдана 10.10.2014 г. Министерством здравоохранения пермского края, 614000, г. Пермь, ул. Ленина, 51.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Заказчике (Пациенте):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество

_____,
Адрес места жительства и телефон пациента (законного представителя Пациента):

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Пациенту) платные медицинские услуги в соответствии с планом лечения и условиями договора, а Заказчик (Пациент) обязуется своевременно оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга, самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора Заказчику (Пациенту) предоставлена в доступной форме 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Пациента);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента, а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

3.1.2. Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:

- о состоянии полости рта;
- о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

3.1.3. Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (лечение кариеса; лечение каналов зубов; десен и тканей, окружающих зуб; хирургия; ортопедия; имплантация; ортодонтия; отбеливание; профессиональная гигиена полости рта и др.).

3.1.4. Составить и согласовать с Пациентом план лечения с указанием конкретных медицинских мероприятий (лечебных и профилактических), последовательности, стоимости и сроков их исполнения.

3.1.5. Определить для Пациента гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять гарантийные обязательства.

3.1.6. Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства при следующих условиях:

- пациент выполняет рекомендованный комплексный план лечения;
- пациент регулярно соблюдает гигиену полости рта;
- пациент посещает профилактические осмотры с частотой, рекомендованной врачом;
- пациент исправляет выявленные недостатки оказанных услуг в нашей клинике;
- при обращении в другую клинику за экстренной помощью пациент предоставляет нам выписку из медкарты и снимки;

- если у пациента не возникнут заболевания или физиологические изменения, способные повлиять на результаты лечения.
- 3.1.7. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются, в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.
- 3.1.8. Обеспечить качество стоматологических услуг:
- в соответствии с медицинскими показаниями,
 - с применением высококачественных инструментов и материалов,
 - с использованием современных технологий лечения,
 - с предоставлением высокого уровня обслуживания.
- 3.1.9. Выполнить работы в сроки, согласованные с Пациентом (при условии соблюдения Пациентом сроков явки на приемы).
- 3.1.10. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
- 3.1.11. Информировать Пациента в срок не менее чем за 12 часов до назначенного времени приема, в случае невозможности его осуществления.

3.2. Пациент обязуется:

- 3.2.1. Предоставить необходимую, достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор), т.е. заполнить «Анкету о Вашем здоровье».
- 3.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.
- 3.2.3. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки, предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 12 часов до назначенного времени приема.
- 3.2.4. Удостоверить личной подписью следующее:
- информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
 - факт ознакомления с «Положением о гарантиях» на стоматологические услуги, действующие у Исполнителя;
 - сообщенные сведения о своем здоровье;
 - факт ознакомления с планом лечения;
 - факт ознакомления с назначениями и рекомендациями;
 - факт согласия с гарантиями, установленными врачом на выполненные им стоматологические услуги (в гарантийном талоне);
- факт неявки на прием (в амбулаторной карте).
- 3.2.5. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.
- 3.2.6. Дать согласие на обработку персональных данных, согласно ФЗ №152 «О персональных данных» (Приложение №1).

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Заказчику (Пациенту), указывается (содержится) также в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик (Пациент) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

4.3. Оплата осуществляется Заказчиком (Пациентом) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

4.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Пациент) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком (Пациентом) в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

4.5. По требованию Заказчика (Пациента) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (Пациента) и согласия Заказчика (Пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика (Пациента).

5.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик (Потребитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

5.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Заказчик (Потребитель) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

5.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Заказчика / Пациента) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6.6. Исполнитель оставляет за собой право, путем письменного или устного уведомления, в одностороннем порядке отказаться от оказания услуг и расторгнуть настоящий договор, в случае если Пациент не явился на прием в согласованное время (по предварительной записи) два и более раза (статья 782 ГК РФ). Факт неявки Пациента подтверждается записью в амбулаторной карте пациента.

В случае если письменное уведомление о расторжении настоящего договора отправлено Пациенту по почте, оно считается полученным Пациентом по истечению 5 (пяти) дней с момента отправки уведомления заказным письмом по адресу, указанному в настоящем договоре. На шестой день с момента получения уведомления договор считается расторгнутым.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Пациента), при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

- амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике),
- информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство (хранятся в клинике),
- рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные Исполнителем (хранятся в клинике).

8.3. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом и Пациентом по вопросам качества обследования и лечения, спор между сторонами рассматривается главным врачом клиники, а при необходимости - экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации в установленном порядке.

8.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

8.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Пациента) 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 или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Центр стоматологии и имплантологии Астра-мед»

ОГРН 1135902002114

ИНН 5902233588 / КПП 590201001

Юридический адрес:

г. Пермь, ул. Пермская, 161, т/ф +7(342) 235 17 56

www.астрamedцентр.рф

р/с 40702810849770004992

в ЗУБ Сбербанка РФ г. Пермь

БИК 045773603

к/с 30101810900000000603

Директор: Кузнецова Ирина Михайловна (на основании Устава)

Подпись _____ Гл.врач _____

Пациент:

Ф И О _____

Дата рождения _____

Контактный телефон _____

Адрес _____

E-mail _____

С действующим «Положением о гарантиях», «Положением об оплате медицинских услуг» Исполнителя ознакомлен (-а).

Подпись Пациента _____

Из какого источника Вы узнали о нашей клинике:

- 1) Журнал «Я покупаю»
- 2) Журнал «Собака.Ru»
- 3) Журнал «Формула красоты»
- 4) Журнал «Горчица»
- 5) Газеты
- 6) Телевидение
- 7) Радио
- 8) Интернет
- 9) От друзей и родственников
- 10) Другое _____

Примечания:

1) При лечении несовершеннолетнего, не достигшего 14 лет, - вносятся паспортные данные и подпись его законного представителя.

2) При лечении несовершеннолетнего от 14 до 18 лет - вносятся его паспортные данные и подпись, при этом должно быть письменное согласие кого-либо из его законных представителей (согласие подписывается в клинике или заверено нотариально).

Подпись законного представителя _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

проживающий (-ая) по адресу

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр стоматологии и имплантологии Астра-мед» (далее - Оператор) моих (либо несовершеннолетнего) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС (добровольное медицинское страхование) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой организацией с использованием электронных, бумажных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться липом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ 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 (или законного представителя)

_____/_____ /