ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

___.__.20__

г. Челябинск

Стоматологическая клиника ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА", в лице директора Абдулфаизова Руслана Рустамовича, действующего на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и гражданин (-ка) РФ , , , , , , , , , , дата рождения: , , , , , , , ,зарегистрированный (-ая) по адресу: , , , , , ,именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», являясь Пациентом с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором и на предусмотренных им условиях, Клиника обязуется оказывать Пациенту медицинские Услуги в объеме, указываемом в дополнительных соглашениях к настоящему Договору, и в согласованном Сторонами (подписью Заказчика) Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью медицинской карты Пациента, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги. В целях оплаты и расчетов по тексту Договора под Услугами понимаются оказанные Клиникой медицинские услуги и затраты Клиники на соответствующие материалы и изделия, осуществленные под конкретного Пациента.

1.2. Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомлен с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА", нормы которого являются неотъемлемой частью настоящего Договора, понимает и принимает их, а также ознакомлен с Правилами поведения пациентов и посетителей в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА" и обязуется их соблюдать, а также ознакомлен с перечнем предоставляемых Клиникой Услуг, стоимостью и условиями их предоставления, уведомлен о действующих льготах для отдельных категорий граждан, о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и о возможности получения медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

1.3. Настоящим Заказчик подтверждает, что он уведомлен об осуществлении Клиникой видео- и(или) аудиозаписи в помещениях Клиники, ведущейся с целью повышения качества оказания Услуг.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Клиника вправе:

2.1.1. самостоятельно определять объем медицинских вмешательств: обследований и манипуляций, направленных на профилактику, исследование, диагностику, лечение и реабилитацию, необходимых для оказания Услуг, как до начала оказания Услуг, так и в рамках согласованного Сторонами Плана лечения.

2.1.2. назначить другого врача с согласия Заказчика в случае непредвиденного при осуществлении записи на прием отсутствия лечащего врача в день оказания Услуг. В случае отказа Заказчика, может быть осуществлена запись на другое время/дату.

2.1.3. выдавать Заказчику обязательные для выполнения рекомендации по дальнейшему лечению и профилактическим мерам, по уходу за полостью рта и результатом оказанной Услуги (Заказчик при этом понимает, что невыполнение рекомендаций влияет на гарантийные обязательства Клиники).

2.1.4. выдавать обязательные для выполнения рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.1.4. в зависимости от ситуации и обстоятельств, в одностороннем порядке прекратить (расторгнуть Договор) или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору, либо отказать в приеме и предоставлении Услуги:

- при неисполнении (ненадлежащем исполнении) Заказчиком (Пациентом) своих обязательств, предусмотренных п. 2.4.1-2.4.7 настоящего Договора,
- в случае настаивания Заказчика на лечении с неприемлемым отступлением от медицинских показаний,
- в случае невыполнения Заказчиком рекомендации лечащего врача о прохождении дополнительного обследования или о получении консультации (медицинской услуги) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги,
- в случае явки Заказчика (Пациента) на прием в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, с признаками инфекционного или вирусного заболевания,
- в случае неоднократного (более двух раз) проявления неуважительного отношения Заказчика (Пациента) к другим пациентам и/или медицинскому персоналу Клиники (удостоверяется докладной запиской медработника Клиники и Актом, составленным в присутствии трех человек), совершения противоправных действий на территории Клиники (удостоверяется фактом вызова сотрудников правоохранительных органов),

- в случае выявления у Пациента аллергической реакции, противопоказания или заболевания, исключающих безопасное оказание Услуг,
- а также при отсутствии в Клинике соответствующего специалиста или материально-технической возможности оказания требуемой Заказчиком услуги.

При этом Клиника возвращает Заказчику стоимость оплаченных Услуг за вычетом стоимости уже оказанных Услуг, а Заказчик возмещает Клинке стоимость уже оказанных Услуг в случае отсутствия предварительной оплаты в необходимом объеме.

2.2. Клиника обязана:

2.2.1. оказать Услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2.2. предоставлять Заказчику информацию об оказываемой Услуге в понятной и доступной форме (достигается путем подписания Заказчиком Информированного добровольного согласия, а также размещением информации о Клинике, об оказываемых услугах, о гарантиях, о правилах поведения в Клинике, о порядке предоставления медицинской документации и т. д. в порядке, установленном законом).

2.2.3. сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента.

2.3. Заказчик вправе:

2.3.1. требовать от Клиники надлежащего качества предоставляемой медицинской Услуги.

2.3.2. выбирать лечащего врача с учетом его нагрузки и согласия.

2.3.3. требовать проведения консилиума и консультаций других специалистов.

2.3.4. имеет право на облегчение боли, связанной с медицинским вмешательством, допустимыми способами и средствами.

2.3.5. отказаться от Услуг по настоящему Договору в одностороннем порядке и получить обратно уплаченную сумму за вычетом стоимости уже оказанных Услуг (или с возмещением Клинике стоимости уже оказанных Услуг в случае отсутствия предварительной оплаты в необходимом объеме).

2.4. Заказчик (Пациент) обязан:

2.4.1. до начала оказания Услуг по настоящему Договору информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4.2. соблюдать правила поведения, принятые Клиникой для пациентов и посетителей, не пропускать время приема и не опаздывать на прием без уважительной причины и без предварительного предупреждения персонала Клиники. Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что пропуск времени приема может негативно отразиться на ходе и на результате оказания Услуг, а также на условиях гарантийного обслуживания.

2.4.3. до начала оказания Услуг и в ходе оказания Услуг незамедлительно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия, об изменении состояния здоровья и физиологических особенностей организма, о начале или окончании приема лекарственных средств.

2.4.4. заботиться о сохранении здоровья (осуществлять ежедневный домашний уход за полостью рта, посещать процедуру профессиональной гигиены не реже чем 1 раз в 6 месяцев, а в целях гарантийного обслуживания — с периодичностью, указанной в Положении об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА"). При прохождении всего курса оказания Услуг отказаться от употребления наркотиков и лекарств, если это не показано или не допускается конкретным видом оказываемой Услуги, психотропных препаратов, алкоголя, согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.4.5. по рекомендации лечащего врача пройти дополнительное обследование или получить консультацию (или медицинскую услугу) у другого специалиста, или в другой медицинской организации, если без этого дальнейшее оказание Услуги (или начало оказания Услуги) невозможно, затруднительно, либо не достигнет цели (направленности) оказания Услуги.

2.4.6. оплачивать оказанные Услуги в срок и в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.4.7. выполнять все рекомендации и назначения медицинского персонала Клиники по дальнейшему лечению и профилактике, по уходу за полостью рта и за результатом оказанной Услуги, в том числе и после оказания Услуг. Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что несоблюдение указанных рекомендаций и назначений может снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, и влечет отказ в гарантийном обслуживании.

2.4.8. Настоящим Заказчик (Пациент) предупрежден о том, что невыполнение (ненадлежащее выполнение) обязанностей, перечисленных в пунктах 2.4.1, 2.4.2, 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5, 2.4.7 настоящего Договора может негативно отразиться на ходе и результатах оказания Услуг, и может повлечь со стороны Клиники отказ в оказании (или в продолжении оказания) Услуги либо влечет отказ в гарантийном обслуживании, а также исключает ответственность Клиники за несоблюдение сроков оказания Услуг, если это прямо либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг,

2.5. Выполнение обязанностей несовершеннолетним или недееспособным Пациентом обеспечивается Заказчиком.

2.6. Помимо прав и обязанностей, указанных в настоящем пункте, Заказчик и Клиника имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

3. Стоимость Услуг и порядок оплаты

3.1. Общая стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, определяется нарастающим итогом по мере заключения дополнительных соглашений к нему за весь период действия Договора и в окончательном размере устанавливается по окончании действия Договора путем прекращения, расторжения.

3.2. Общая стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, по соответствующему дополнительному соглашению к нему, является предварительной, определенной на основании прайс-листа Клиники, действующего на дату подписания дополнительного соглашения, и указывается в дополнительном соглашении.
3.3. Стоимость Услуг, определенных в дополнительном соглашении к настоящему Договору, может измениться в случае, если в начале, в ходе или по результатам оказания Услуги выявляется объективная необходимость оказания дополнительных Услуг, или в случае изменения плана лечения, или продолжения лечения по иному плану. В таком случае изменение плана лечения согласовывается с Заказчиком и Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение к настоящему Договору об уточнении видов и объема оказываемых Услуг и/или их стоимости. В случае несогласия Заказчика с увеличением стоимости Услуг, он вправе отказаться от Услуг с учетом требований пункта 2.3.5 настоящего Договора.
3.4. Оплата осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Клиники или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, указанный в п. 10 Договора в следующем порядке:
3.4.1. предоплата в размере 50% предварительной общей стоимости Услуг при проведении любых ортопедических работ общей стоимостью более 25000 (Двадцати пяти тысяч) рублей, а также при имплантации одного и более имплантатов. Оставшаяся часть стоимости оплачивается Заказчиком в день операции или в день фиксации постоянной ортопедической конструкции;
3.4.2. все прочие услуги оплачиваются в день их оказания.
3.4.3. Заказчик может получать и оплачивать услуги в рамках действующих программ добровольного медицинского страхования (ДМС) страховых организаций, имеющих заключенные и действующие договоры с Клиникой, в порядке и на условиях, предусмотренных указанными договорами, путем добровольного заключения договора медицинского страхования с одной из таких страховых организаций.

4. Сроки оказания Услуг

4.1. Сроки оказания Услуг указываются в соответствующем дополнительном соглашении к настоящему Договору.
4.2. Клиника не несет ответственности за просрочку оказания Услуг по Договору в случае невыполнения Заказчиком (Пациентом) обязательств, предусмотренных п. 2.4.1-2.4.7 настоящего Договора, если это прямо, либо косвенно повлияло на сроки оказания Услуг, а также в случае неявки Пациента в назначенное время.
При этом, в случае опоздания на приём к врачу более чем на 10 минут, в зависимости от рекомендации выбранного/лечащего врача: прием может быть отменен и Пациент может быть записан на другое время или дату по согласованию с Заказчиком, либо запланированный объем работы может быть изменен (разделен на несколько посещений).
4.3. Сроки оказания Услуг могут быть увеличены или уменьшены клиникой в одностороннем порядке, если в процессе выполнения Услуг появятся не зависящие от Клиники обстоятельства, влияющие на увеличение или уменьшение срока.

5. Гарантия качества

5.1. Гарантии предоставляются в соответствии с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА", утвержденных ПриказомООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА" Л041-01024-74/01456089; Дата предоставления лицензии: 22.10.2024;

6. Ответственность Сторон и порядок рассмотрения споров

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.
6.2. Клиника имеет право не начинать оказание Услуг до оплаты Заказчиком стоимости Услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.
6.3. Заказчик вправе предъявлять требования в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров (в порядке, установленном Правилами поведения пациентов и посетителей в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА"). В случае не достижения соглашения Стороны передают спор на рассмотрение в суд в порядке, предусмотренном законодательством РФ.
6.5. В случае если невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон ответственности не несет, Заказчик возмещает Клинике фактически понесенные ею расходы, а Клиника возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами (указанного как дата Договора) и действует в течение одного года.
7.2. В случае, если за один месяц до окончания действия настоящего Договора ни одна из Сторон не направит другой стороне письменного уведомления о прекращении его действия, настоящий Договор автоматически продляет свое действие на новый срок на тех же условиях.

8. Изменения и расторжение Договора

8.1. Односторонний отказ от исполнения настоящего Договора или одностороннее его изменение допускаются в случаях, предусмотренных законом либо настоящим Договором.
8.2. Настоящий Договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, выраженному в письменной форме и подписанному уполномоченными представителями обеих Сторон.
8.3. Расторжение или изменение Договора не является основанием для прекращения выполнения неисполненных обязательств любой из Сторон, возникших до подписания такого соглашения об изменении либо расторжении Договора, если иное не предусмотрено соглашением.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Клиники, а второй - у Заказчика.

9.2. При подписании настоящего договора, а также приложений, изменений и дополнений к нему, допускается применение факсимильной подписи полномочного представителя Клиники.

10. Адреса и платежные реквизиты Сторон

Клиника:	**Заказчик:**
ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА"	_____
Генеральный директор Абдулфаизов Руслан Рустамович	Адрес:_____
Юридический адрес: 454128, г. Челябинск,ул. 40-летия Победы, дом 40 ИНН 7453354441 КПП 745301001 ОГРН 1237400026808 ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8597 ПАО СБЕРБАНК БИК 47501602 к/с 30101810700000000602 . р/с - Тел: -	Документ: паспорт выдан , , , ,

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____, 29.09.1997 г. рождения, зарегистрированный по адресу: , , , , , (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА"

Медицинским работником 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. N 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. медицинского работника)
___.___.20__г.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА"

Я, _____, зарегистрированный по адресу: , , , , , , фактически проживающий по адресу: , , , , , , паспорт: серия номер: , выдан: , являясь Пациентом в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА" (далее – Оператор) персональных данных моих и Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС, ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья Пациента, его заболеваниях, биометрических данных (физиологических и биологических характеристиках, позволяющих идентифицировать личность: фотографии, снимки, слепки и т.д.), случаях обращения за медицинской помощью, (а также подтверждаю свое согласие на информирование меня Оператором посредством телефонной, почтовой связи, смс-сообщениями и/или электронными письмами), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка указанных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью (медицинским работником Оператора) и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором медицинской помощи Пациенту я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения, оказания Пациенту медицинских услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе (в том числе, но не ограничительно, по договорам ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными Пациента (в том числе, но не ограничительно, со страховой медицинской организацией) 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 осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных и персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Одновременно даю согласие на использование информации о заболевании Пациента, фотографии зубов и полости рта Пациента, использование рентгенологических снимков Пациента, для публикаций на сайте ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА", в соцсетях и в специальной литературе, в учебных целях без использования моих персональных данных и персональных данных Пациента.

Также я понимаю, что в случаях, установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, могут быть переданы без согласия гражданина или его законного представителя.

Настоящее согласие дано мной 02.12.2024 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.

Контактный телефон 79525256609

Адрес электронной почты

Согласен получать информацию об услугах ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА": в виде смс-сообщений или электронных писем _____ Подпись _____	Не согласен получать информацию об услугах ООО "БЕЛАЯ ПОЛОСА": в виде смс-сообщений или электронных писем _____ Подпись _____

Расписался в моем присутствии:_____

(должность, ФИО)