

## **Договор №** **на предоставление платных медицинских услуг**

г. Екатеринбург " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 г.  
**ООО «ГЕЛИОСДЕНТ»** в лице администратора \_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_ года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **Гражданин (ка) РФ** \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. Предмет договора**

- 1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные стоматологические услуги, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора.
- 1.2. Конкретные медицинские услуги, предоставляемые в рамках настоящего договора, перечислены в Прейскуранте Исполнителя, определяются врачом и согласуются с Пациентом.
- 1.3. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании:
- Устава;
  - Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-005493 от 20.07.2018, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34-б. Тел. 8 (343) 312-00-03)
  - Свидетельства о регистрации в Инспекции ФНС России по Орджоникидзевскому району г. Екатеринбурга Свердловской области (ОГРН 1076673020148)
  - Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.
- 1.4. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий. Конкретные работы и услуги по осуществляемым видам помощи указаны в приложении к лицензии на осуществление медицинской деятельности, которые размещены на стенде информации для пациентов и на сайте организации.
- 1.5. Основанием для заключения настоящего Договора являются медицинские показания и желание (добровольное волеизъявление) Пациента получить платные медицинские услуги. До заключения Договора Пациент проинформирован Исполнителем о перечне бесплатных медицинских услуг, оказываемых в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

### **2. Обязательства сторон**

#### **2.1. Права и обязанности Исполнителя:**

##### **Исполнитель обязуется:**

- 2.1.1. До заключения Договора предоставить Пациенту информацию:
- о местонахождении (месте государственной регистрации), времени работы Исполнителя;
  - об имеющейся лицензии и приложениям к ней, о квалификации специалистов;
  - Положение о гарантиях;
  - о ценах на оказываемые услуги.
- 2.1.2. После обследования (консультации) предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:
- о состоянии полости рта и зубо-челюстной системы в рамках специализации врача;
  - о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;
  - о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее;
  - о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.
- 2.1.3. Информировать Пациента о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течении установленного гарантийного срока.

2.1.4. Предложить Пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых стоматологических услуг. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Пациентом и лечащим врачом, является неотъемлемой частью карты стоматологического больного. Отказ Пациента от подписания Информированного согласия означает расторжение настоящего договора Пациентом в одностороннем порядке.

2.1.5. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Пациенту документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги.

#### **Исполнитель имеет право:**

2.1.6. Требовать от Пациента надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору

2.1.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в назначенный день приема предложить другого врача для оказания услуг в рамках настоящего договора либо перенести прием на другое удобное для Пациента время.

2.1.8. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.1.9. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезии, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.1.10. С целью повышения качества оказания медицинских услуг в ООО «ГЕЛИОСДЕНТ» осуществлять видеосъемку пациента в кабинетах врачебного приема Исполнителя. Полученная информация при видеосъемках относится к информации ограниченного доступа (ч. 4 ст. 92 ФЗ № 323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

2.1.11. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Пациентом условий настоящего договора или Правил поведения пациента, действующих в помещении Исполнителя. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Пациента острого стоматологического состояния.

2.1.12. Амбулаторная карта стоматологического больного (Пациента) является медицинским документом и хранится у Исполнителя. Пациент на основании письменного заявления вправе получить копию либо выписку из медицинской карты.

## **2.2. Права и обязанности Пациента:**

#### **Обязанности Пациента:**

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Пациент обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, всех видах аллергических реакций, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для стоматологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.2.2. Предоставить согласие на обработку своих персональных данных (ч.4 ст. 10 ФЗ №152 от 27.07.2006 года «О персональных данных»). Отказ Пациента от согласия на обработку своих персональных данных означает расторжение настоящего договора в одностороннем порядке.

2.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания стоматологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приёме.

2.2.4. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, факт ознакомления с предложенным планом лечения.

2.2.5. Являться на назначенные приёмы вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала приема в часы работы Исполнителя.

2.2.6. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

#### **Пациент обязан:**

2.2.7. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренным разделом 4 настоящего договора.

2.2.8. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения.

2.2.9. Во время лечения являться на запланированные визиты к стоматологу в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача. В том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании.

2.2.10. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Пациента.

2.2.11. При обращении в другие клиники в обязательном порядке предоставлять выписку из клиники и рентгенологические снимки. При отсутствии выписки и снимков возможные претензии по поводу лечения в ООО «ГЕЛИОСДЕНТ» не рассматриваются.

2.2.12. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и зубных протезов, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

2.2.13. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача по соблюдению правил гигиены и ухода за полостью рта.

**Пациент имеет право:**

2.2.14. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.

2.2.15. Получить максимально полную информацию о предоставляемых стоматологических услугах.

2.2.16. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.

2.2.17. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения в ООО «ГЕЛИОСДЕНТ».

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

Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом желания ее получить и подписания настоящего договора. Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально с учетом соблюдения сроков исполнения конкретных стоматологических технологий, включая проведение работ по изготовлению зубных протезов и зубо-технических работ. Сроки оказания медицинских услуг указываются в плане лечения.

### **4. Цена услуг и порядок расчетов**

4.1. Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ, прайс-листом на стоматологические услуги, действующим у Исполнителя на день оказания услуг. Прайс-лист размещен на сайте Исполнителя, а также в печатном виде находится на стойке администратора.

4.2. При лечении зубов, при проведении хирургических операций и на профилактическом приеме расчёт проводится в конце каждого посещения, при этом Пациент выплачивает Исполнителю сумму, эквивалентную оказанным в данное посещение услугам.

4.3. При планировании ортопедического лечения изначально рассчитывается общая сумма, часть которой должна быть внесена до начала лечения (50% от общей стоимости). Оставшаяся сумма выплачивается согласно графику платежей, по договоренности с Исполнителем, но не позднее дня установки ортопедической конструкции.

4.4. При планировании ортодонтического лечения производится предоплата за изготовление и установку ортодонтического аппарата или брекет-системы. Оплата за последующие посещения, необходимые для корректировки аппаратов, производится в дни этих посещений.

4.5. В процессе может возникнуть необходимость в корректировке (изменении) плана лечения, связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Пациенту. При этом Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Пациент письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

4.6. Пациент может вносить оплату за оказанные услуги разными способами: за наличный расчёт (внесение денежных средств в кассу Исполнителя), безналичным расчётом (перечисление денежных средств на расчетный счет Исполнителя), в том числе из средств материнского семейного капитала в порядке, установленном законом.

### **5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

5.1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение норм санитарно-эпидемиологического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций, соблюдения методик диагностики, профилактики, лечения, профессиональной этики и деонтологии, ведения медицинской документации.

5.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

5.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Пациента от дополнительных обследований, объективно необходимых для продолжения лечения; невыполнения Пациентом назначений и рекомендаций специалистов Исполнителя; самовольного прерывания Пациентом проводимого курса лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или)

патологической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведённых в другом медицинском учреждении или самим Пациентом; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

## 6. Дополнительные условия

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря текущего года. В случае, если ни одна из сторон не заявит о своем желании расторгнуть договор в письменной форме за 1 месяц до окончания его действия, договор считается пролонгированным на 1 год. Последующая пролонгация происходит автоматически.

6.2. Настоящим пунктом подтверждается, что до подписания Договора Пациент был ознакомлен с:

- Лицензией на осуществление медицинской деятельности, приложения к ней;
- Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;
- Положением о гарантиях;
- Прайс-листом Исполнителя;
- Правилами поведения пациентов и их законных представителей.

В соответствие с пунктом 15 Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. Исполнитель до заключения договора уведомляет Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, либо отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

6.3. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Пациент подтверждает, что договор им прочитан, смысл и значение каждого пункта ему разъяснены, понятны и соответствуют его намерениям. С прайс-листом, информацией о медицинской организации ознакомлен. На обработку персональных данных в медико-профилактических целях согласен.

## 7. Адреса и подписи сторон:

### Пациент:

Документ \_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем выдан: \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Регистрация: \_\_\_\_\_

Телефон: дом.: \_\_\_\_\_; моб.: \_\_\_\_\_

Указанные выше сведения подтверждаю:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Подпись) (ФИО, разборчиво)

### Исполнитель:

#### ООО «ГЕЛИОСДЕНТ»

620012 г. Екатеринбург, ул. Победы, д. 7

т/ф.: (343) 288-78-29

ИНН 6673169467 КПП 668601001

ОГРН 1076673020148

р/с 40702810316110075881 Банк: Уральский Банк Сбербанка России ОАО г. Екатеринбург

БИК 046577674 к/с 30101810500000000674

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)

## 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 «ГЕЛИОСДЕНТ» (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 лицом, 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)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_