

ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Березники
Медицинская организация **Общество с ограниченной ответственностью «Мирадент»**, ИНН 5911078258, ОГРН 1175958036759, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Главного врача Моревой Виктории Николаевны, действующей на основании Устава и Приказа Общества, с одной стороны, и _____ (Ф.И.О.), именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» («Потребитель»), 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 (если имеется): ООО «Мирадент», Стоматологическая клиника «Мирадент».
1.1.2. Адрес места нахождения: 618425, Пермский край, г. Березники, ул. Мира, дом №92 помещение 3.
1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг: 618425, Пермский край, г. Березники, ул. Мира, дом № 92 помещение 3.
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: № ЛО-59-01-004877 от 25 января 2019 г., выдана Министерством здравоохранения Пермского края, г. Пермь, ул. Ленина 51, тел. (342) 217-79-00. Работы (услуги) выполняемые: при осуществлении первичной, доврачебной, врачебной, специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, стоматологии терапевтической; стоматологии ортопедической;

1.2. Сведения о Заказчике (Потребителе):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства, паспорт и телефон потребителя (законного представителя потребителя): _____

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Потребителю) платные медицинские услуги, а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. Исполнитель организует и обеспечивает оказание платной стоматологической помощи Пациенту в соответствии с Лицензией Исполнителя.

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

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Перечень и цена выполненных работ указываются в Акте выполненных работ или в Приходном ордере, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

Объем ортопедической работы и услуг указывается в акте выполненных работ на ортопедическую конструкцию с учетом количества посещений, и соглашение на протезирование, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги по терапевтической стоматологии и рентгенологии производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя.

При оказании услуг по ортопедической стоматологии и ортодонтии производится предоплата в размере 50 % стоимости медицинских услуг по действующему прейскуранту. Окончательный расчет производится после выполнения всего объема работ.

Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

3.3. Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

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

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

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

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (Потребителя) и согласия Заказчика (Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика (Потребителя). Заказчик (Потребитель) обязуется своевременно оплачивать услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик обязуется предоставить Исполнителю достоверную информацию о состоянии его здоровья либо здоровья лица, законным представителем которого является Заказчик, в интересах которого заключен настоящий Договор (о перенесенных ранее заболеваниях, травмах, операциях, хронических заболеваниях, аллергических реакциях, проведенном или проводимом лечении, принимаемых лекарственных препаратах), а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг. Полученная информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.

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

4.5. 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.

4.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (Потребителя).

4.7. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

4.8. Исполнитель обязуется информировать Заказчика (Потребителя) о противопоказаниях к лечению и возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время и после лечения.

4.9. Исполнитель обязуется ознакомить Заказчика (Потребителя) со стоимостью лечения в соответствии с установленным Исполнителем Прейскурантом, действующим на момент обращения за медицинской помощью. Результаты осмотра и выводы оформить в амбулаторной карте,

которая является неотъемлемой частью настоящего договора. Составить и согласовать с пациентом план лечения с указанием конкретных медицинских и профилактических мероприятий, определив порядок и сроки их исполнения, согласно медико-экономическим стандартам; срок исполнения начинается с момента заключения договора. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Пациента и предоставлять дополнительные услуги с его согласия.

4.10. Исполнитель обязуется определить для Заказчика (Потребителя) гарантийные сроки услуги, объяснить условия, при которых гарантийные обязательства сохраняются, указать гарантийные сроки и условия в гарантийном талоне.

4.11. Заказчик (Потребитель) обязуется Строго соблюдать все назначения и рекомендации лечащего врача-стоматолога Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, немедленно извещать лечащего врача о любых изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания.

4.12. Своевременно являться на лечебный прием и профилактические осмотры, а при невозможности плановой явки по уважительной причине заблаговременно предупредить об этом Исполнителя (не позднее, чем за 24 часа) лично или по телефону.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. В случае ненадлежащего исполнения одной из сторон условий договора, повлекшего за собой неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

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

5.3. Заказчик (Потребитель) несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ. В случае если Заказчик (Потребитель) не оплатил (или не доплатил) указанную в счет-квитанции по оказанным стоматологическим услугам сумму денежных средств после оказания ему стоматологической услуги в течение 20 календарных дней, Исполнитель вправе обратиться в суд с иском о взыскании суммы задолженности с него, а так же взыскать дополнительно неустойку в размере 0,5% от суммы задолженности за каждый календарный день просрочки исполнения обязательства об оплате.

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

5.5. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначально достигнутого результата при отказе Заказчика (Потребителя) от дополнительных обследований, постановки проб, необходимых для адекватного лечения, профилактики нежелательных результатов, а так же при невыполнении Заказчиком (Потребителем) назначений и рекомендаций лечащего врача и скрытия (предоставления недостоверной, неполной) информации о фактическом состоянии своего здоровья в анкете здоровья пациента (ки).

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

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

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

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 5 (пяти) лет. В случае отсутствия письменного уведомления от одной из сторон за 30 дней до момента окончания срока действия договора, договор считается продленным на аналогичный срок.

7.2. Договор составлен в двух/экземплярах, по одному – для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Положением о гарантиях ООО «Мирадент», содержание и сущность предоставляемых гарантий Заказчику (Потребителю) понятны, он (она) имел(-а) возможность задать все интересующие вопросы и получил(-а) от врача исчерпывающие ответы, ясные по содержанию разъяснения.

8.2. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** (должность, фамилия, имя и отчество (если имеется) лица, заключающего Договор от имени Исполнителя):

Главный врач Морева В.Н. действующая на основании Устава и Приказа Общества: _____.

8.3. **ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ)**: _____.

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Стоматологической клиникой «Мирадент» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), биометрические персональные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, вести фото и видеосъемку пациента на территории клиники, 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 документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

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 (медицинской карты) и составляет <двадцать пять лет>.

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

Дата _____