

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736)

До заключения договора Исполнитель уведомляет Пациента/Заказчика на основании п.20., п.24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736) 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.

Я также информирован(а) о том, что согласно ч. 3 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

(подпись Пациента/Заказчика)_____
(Фамилия И.О. Пациента/Заказчика)_____
(дата)**ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

г.

(Ф.И.О. полностью)_____
(число, месяц, год рождения)Проживающий по
адресу_____
(адрес места регистрации)Документ,
удостоверяющий
личность:

Паспорт

дата
выдачи

(кем выдан)

(код подразделения)

именуемый в дальнейшем Пациент, с одной стороны, и

(Ф.И.О. полностью)_____
(число, месяц, год рождения)

Проживающий по адресу

(адрес места регистрации)

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт серия _____

номер _____

дата выдачи _____

(кем выдан)

(код подразделения)

именуемый в дальнейшем Заказчик¹, действующий в пользу Пациента, и _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, с другой стороны, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ и Постановлением Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023 №736, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель обязуется по заданию Пациента/Заказчика оказать платные медицинские услуги в пределах своих возможностей, а Пациент/Заказчик – их оплатить. Оказание услуги невозможно без активного участия самого Пациента/Заказчика. Характеристики услуг формируются в процессе оказания услуг информированным добровольным согласием Пациента/Заказчика.
- 1.2. Под медицинскими услугами в настоящем Договоре понимаются услуги оказываемые Исполнителем в соответствии с Лицензией № _____, выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, находящимся по адресу: 127006, Оружейный переулок, д. 43., тел.: +7 (495) 251-83-00, на осуществление следующей медицинской деятельности: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, анестезиологии и реаниматологии,

¹ заполняется в случае заключения договора в пользу третьего лица – Пациента

стоматологии хирургической.

- 1.3. Настоящий Договор определяет перечень оказываемых медицинских услуг Пациенту/Заказчику согласно п. 1.2. настоящего Договора. Конкретный перечень, объем необходимых медицинских услуг/работ, их виды и стоимость в каждом конкретном случае определяется по мере обращения Пациента лечащим врачом, согласовывается с Пациентом и фиксируется в Плане лечения (смете). План лечения (План обследования) (смета) является неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.4. Перечень и стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг определены в Прейскуранте Исполнителя, размещенном на информационном стенде (стойках) Исполнителя и на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <http://colibrident.ru>, действующем на дату оказания медицинской услуги.
- 1.5. Настоящий Договор является публичным в силу ст. 426 ГК РФ. Условия публичного договора устанавливаются одинаковыми для всех потребителей. Исполнитель не имеет права оказывать кому-либо предпочтение при оказании медицинских услуг, устанавливая уникальные для отдельного Заказчика и/или Пациента условия

2. Условия и порядок оказания услуг

- 2.1. Исполнитель оказывает услуги в помещении по адресу: _____ в соответствии с режимом работы клиники. Свидетельством о государственной регистрации юридического лица, выданного Инспекцией ФНС № 7 по г. Москве, в единый государственный реестр юридических лиц в отношении юридического лица _____ внесена запись о создании юридического лица 05 июня 2019 г. за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) _____.
- 2.2. Медицинская помощь при предоставлении услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на «Официальном интернет-портале правовой информации» <http://www.pravo.gov.ru> и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru>, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.
- 2.3. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента и/или Заказчика.
- 2.4. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента/Заказчика.
- 2.5. Оказание услуг осуществляется по предварительной записи по телефону через администратора Исполнителя или путем заполнения формы записи в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <http://colibrident.ru>.
- 2.6. Срок оказания услуг определяется временем, необходимым для ее выполнения, и нормативными документами, регламентирующими медицинскую деятельность, профилактические, диагностические и лечебные мероприятия.
- 2.7. Исполнитель уведомляет Пациента/Заказчика, что Исполнитель не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. Оказывать стоматологические услуги, предусмотренные в п. 1.1 настоящего Договора с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки.
- 3.1.2. Ознакомить Пациента и/или Заказчика с информацией о предоставляемых медицинских услугах, состоянии здоровья, вариантах лечения, планом и стоимостью лечения.
- 3.1.3. Поставить в известность Пациента/Заказчика о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к отступлению от плана лечения и увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить эту информацию в медицинской карте Пациента.
- 3.1.4. Обеспечить надлежащее качество исполнения медицинских услуг, в результате которого во взаимосогласованные сроки в соответствии с медицинскими показаниями в зависимости от состояния здоровья Пациента и характера течения заболевания может быть достигнут результат, удовлетворяющий запросы Пациента/Заказчика.
- 3.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом/Заказчиком, а также врачебную тайну.
- 3.1.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, назначить Пациенту/Заказчику другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.
- 3.1.7. Отказаться от оказания медицинской услуги в случае, если Пациент/Заказчик настаивает на лечении, которое не соответствует медицинским показаниям, действующим стандартам, либо требованиям технологии.
- 3.1.8. Предоставить Пациенту/Заказчику по его требованию копию Устава, Лицензии, информацию о врачах.

3.2. Исполнитель имеет право:

- 3.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения в рамках плана лечения.
- 3.2.2. Требовать у Пациента/Заказчика получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

- 3.2.3. Отказывать в приеме Пациента/Заказчика в случае:
- в случае наличия у Пациента/Заказчика медицинских противопоказаний;
 - состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - если действия Пациента/Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала, или нарушают порядок работы клиники;
 - требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте;
 - систематических опозданий или неявок на прием.
- 3.2.4. Взимать предоплату в счет причитающихся платежей за ортопедическое и имплантологическое лечение – не менее 50% от предварительно согласованной суммы настоящего Договора.
- 3.2.5. В соответствии с «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг», утвержденным Генеральным директором Исполнителя от 15.01.2025 года, определить для Пациента/Заказчика гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства.
- 3.2.6. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору, указывать их в плане лечения, акте выполненных услуг, гарантийном талоне, иных документах.

3.3. Пациент и/или Заказчик обязан:

- 3.3.1. Заполнить анкету здоровья Пациента/Заказчика и сообщить врачу (для заполнения медицинской карты) о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, туберкулез и пр.), а также о переливаниях крови. Инфекциях за последние 2 года, о контактах с инфекционными больными. В случае несообщения Исполнитель снимает с себя ответственность, а Пациент/Заказчик несет ответственность в установленном Законом РФ порядке.
- 3.3.2. Являться на прием в назначенное время, строго соблюдать все предписания, назначения и рекомендации врача.
- 3.3.3. Пройти необходимое диагностическое обследование, назначенное врачом.
- 3.3.4. Незамедлительно сообщать Исполнителю обо всех неблагоприятных изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания медицинской услуги, а также после её завершения.
- 3.3.5. Предоставить Исполнителю согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом №152ФЗ «О персональных данных».
- 3.3.6. Информировать Исполнителя о получении медицинских услуг в сторонних организациях и назначении медицинских препаратов, которые могут повлиять на процесс или результат лечения Пациента/Заказчика у Исполнителя.
- 3.3.7. Ознакомиться с правилами и планом лечения, его стоимостью и сроками.
- 3.3.8. Внимательно изучить и подписать «Информированное добровольное согласие».
- 3.3.9. Производить оплату (предоплату) медицинских услуг в соответствии с выписанным счетом по расценкам прейскуранта, с которым Пациент/Заказчик знакомится перед проведением лечения.
- 3.3.10. Подписывать Акты сдачи-приемки оказанных медицинских услуг.

3.4. Пациент и/или Заказчик имеет право:

- 3.4.1. Получить информацию об объеме, стоимости, возможных осложнениях и результат предоставляемых стоматологических услуг.
- 3.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения с обязательной оплатой того лечения, которое уже произведено, при этом предоплата за изготовление каких-либо стоматологических конструкций не возвращается.
- 3.4.3. Помимо указанных в договоре прав, Пациент/Заказчик обладает всеми правами, предоставленными им действующим Законодательством РФ об охране здоровья граждан.
- 3.4.4. Получить по письменному требованию копию медицинской карты, копии проведенных исследований, список примененных препаратов и материалов на безвозмездной основе.

4. Платежи и расчеты по договору

- 4.1. Стоимость лечения в каждом конкретном случае обращения Пациента/Заказчика определяется исходя из поставленного диагноза и необходимого объема услуг (работ), а также Плана лечения, утвержденного врачом и согласованного с Пациентом/Заказчиком в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.
- 4.2. При согласовании с Заказчиком финансового Плана стоимость лечения остается неизменной при условии неизменности Плана лечения. В случае изменения Плана лечения в зависимости от разных обстоятельств (в том числе при необходимости оказания дополнительных медицинских услуг) по согласованию с Заказчиком/Пациентом, перечень, объем и стоимость лечения меняется в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на день изменения Плана лечения.
- 4.3. Пациент/Заказчик осуществляет оплату оказанных услуг по прейскуранту в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений статьи 16.1 и 37 Закона «О защите прав потребителей». Пациенту/Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.
- 4.4. За предоставление услуг по хирургическому и ортопедическому лечению осуществляется 50% предоплата до начала выполнения Плана лечения (до начала оказания услуг). В остальных случаях медицинские услуги оплачиваются Заказчиком непосредственно после приема врача (оказания услуги).

- 4.5. В случае отказа Пациента/Заказчика от получения услуг по Договору Исполнитель производит возврат денежных средств на основании письменного заявления Пациента/Заказчика, за исключением стоимости услуг, оказанных Пациенту/Заказчику, или фактически понесенных Исполнителем расходов по оказанию услуг, от которых отказался Пациент/Заказчик.
- 4.6. Пациент/Заказчик может оставить предоплату, средства с которой будут списываться после окончания лечения; оставшаяся часть возвращается после лечения.

5. Ответственность сторон

- 5.1. Исполнитель не несет материальной ответственности перед Пациентом/Заказчиком в случае:
- 5.1.1. Возникновение осложнений по вине Пациента/Заказчика: не соблюдения гигиены полости рта, не выполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях, прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента/Заказчика, не предоставлении Пациентом/Заказчиком достоверной информации об общем состоянии здоровья.
- 5.1.2. Возникновении аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению.
- 5.1.3. Возникновении осложнений при лечении зубов, подвергшихся эндодонтическому лечению в другой клинике (см.п.п.3.2.2.).
- 5.1.4. Возникновении сколов, переломов, перемещений или разрушений зубов, которые лечились в нашей клинике и не были своевременно подвергнуты ортопедическому лечению по вине Пациента/Заказчика
- 5.2. Пациента/Заказчика несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.
- 5.3. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
- 5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента/Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.5. В случае несвоевременной оплаты Пациентом/Заказчиком оказанных медицинских услуг Исполнитель вправе предпринять следующие меры по отдельности или в совокупности:
- 5.5.1. Приостановить предоставление медицинских услуг Пациенту/Заказчику до полного погашения образовавшейся задолженности, за исключением состояний, угрожающих жизни Пациента/Заказчика.
- 5.5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору

6. Прекращение и расторжение Договора

- 6.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Исполнителем. При этом Пациент/Заказчик делает отметку в амбулаторной карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств Исполнителем.
- 6.2. Пациент/Заказчик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть и прекратить договор в любое время, оплатив уже выполненные услуги.
- 6.3. Если Пациент/Заказчик не выполняет своих обязательств и/или не выполняет рекомендаций медицинских работников Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента/Заказчика от своих обязательств рассматривается как одностороннее расторжение договора.
- 6.4. Прекращение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным Законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.
- 6.5. Неоплата услуги (или ее части) расценивается как расторжение договора.
- 6.6. Возобновление расторгнутого договора не производится.

7. Разрешение споров

- 7.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров, которые могут проводиться, в том числе, путем отправления писем по почте России, экспресс службами, по электронному адресу, указанному в реквизитах настоящего Договора, если Стороны не придут к соглашению путем переговоров, все споры рассматриваются в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии 10 дней с даты ее получения.
- 7.2. В случае, если споры не урегулированы Сторонами с помощью переговоров и в претензионном порядке, то они передаются заинтересованной Стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 7.3. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.
- 7.4. Обращения (жалобы) Пациент/Заказчик может направить на почтовый адрес или электронную почту Исполнителя указанные в реквизитах настоящего Договора, или лично путем обращения на стойку администратора Исполнителя.
- 7.5. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 60 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенном Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.

8. Гарантийные обязательства

- 8.1. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, достижении одного из следующих эффектов для здоровья: выздоровление (исчезновение симптомов), ремиссия, улучшение состояния, стабилизация, компенсация функций,

хронизация – в зависимости от состояния здоровья Заказчика/Пациента и характера течения стоматологического заболевания. При этом в некоторых случаях даже при отсутствии эффекта, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, которая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, отсутствие ожидаемого Заказчиком/Пациентом результата не является свидетельством некачественной услуги (в т.ч. отсутствие остеоинтеграции импланта, неприживление костного материала).

- 8.2. Медицинская услуга считается безопасной, если в совокупности: обеспечены соответствующие санитарно-эпидемиологические условия ее оказания, в процессе ее оказания отсутствует риск, не оправданный нуждами Заказчика/Пациента.
- 8.3. Гарантийные обязательства по настоящему Договору устанавливаются в соответствии с «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг», утвержденным Генеральным директором Исполнителя от 15.01.2025 года.
- 8.4. Все гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом/Заказчиком п.п.3.3.1., 3.3.2., 3.3.3. настоящего Договора и обязательного прохождения полугодового профилактического осмотра.
- 8.5. Гарантийные случаи рассматриваются только при наличии медицинской карты Пациента/Заказчика.
- 8.6. Пациент/Заказчик теряет право на гарантию в следующих случаях: если он нарушил обязательства по настоящему договору, возникли осложнения в результате несоблюдения рекомендаций, не явился на обязательный полугодовой профилактический осмотр, а также при причинении вреда здоровью самим Пациентом/Заказчиком или другими лицами, повлекшими ухудшение состояния полости рта, при отказе от продолжения лечения и не выполнении плана лечения по причине неявки Пациента/Заказчика, при истечении срока гарантии по предоставленной услуге.
- 8.7. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента/Заказчика 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 на зубах и окружающих их тканях.

9. Срок действия договора

- 9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его заключения Сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами всех его условий, за исключением случая, когда к моменту завершения срока действия Договора Исполнитель продолжает оказывать услуги Пациенту и/или Заказчику по медицинским показаниям.
- 9.2. Срок действия настоящего Договора зависит от момента завершения лечебного процесса и проведения окончательных расчетов в соответствии с п.4.1 – п.4.4 настоящего Договора.

10. Персональные данные

- 10.1. Подписывая настоящее соглашение Пациент/Заказчик дает согласие в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также персональных данных Пациента и/или Заказчика, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адреса электронной почты, а также сведения, составляющие врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания; сведения, содержащиеся в истории болезни, иные сведения, полученные при обследовании и лечении) и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях по почте и электронной почте, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе получения медицинской услуги Пациент/Заказчик дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом/Заказчиком в письменном виде.
- 10.2. Информация о Пациенте, составляющая врачебную тайну, может предоставляться Заказчику по его письменному запросу в виде приложения к акту при условии, если Пациент дал свое согласие на предоставление информации о нем Заказчику.
- 10.3. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

11. Особенности оказания услуг при заключении Договора дистанционным способом

- 11.1. Договор на оказание медицинских услуг может быть заключен посредством использования информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на основании ознакомления Пациента и/или Заказчика с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).
- 11.2. Договор с Пациентом/Заказчиком считается заключенным дистанционным способом с момента оформления Пациентом/Заказчиком соответствующего согласия (акцепта) и (или) внесения частично или полностью оплаты по нему с учетом положений статьи 16.1 и 37 Закона «О защите прав потребителей». С момента получения акцепта и осуществления Пациентом/Заказчиком частичной или полной оплаты по нему, все условия договора остаются неизменными и не могут корректироваться Исполнителем без согласия Пациента/Заказчика.
- 11.3. При заключении Договора дистанционным способом Исполнитель предоставляет Пациенту и/или Заказчику путем направления по электронной почте, СМС сообщением или интернет-мессенджеру подтверждение, которое содержит дату и номер заключенного Договора, который позволяет Пациенту и/или Заказчику получить информацию о заключенном Договоре оказания платных медицинских услуг и его условиях до начала оказания

медицинских услуг.

- 11.4. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Пациента и/или Заказчика простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и со стороны Исполнителя усиленной квалифицированной электронной подписью, или усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя действующего на основании доверенности.
- 11.5. Одновременно с подписанием Договора дистанционным способом Пациент и/или Заказчик подписывает простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной Соглашение об обмене электронными документами с использованием информационной системы Исполнителя.
- 11.6. Пациент и/или Заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем в дистанционной форме, с учетом положений, указанных в п.4.1 – п.4.4 настоящего Договора.
- 11.7. При дистанционном заключении договора отказ потребителя или заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

12. Условия и сроки предоставления медицинских услуг

- 12.1. Условия и сроки ожидания услуг устанавливаются Исполнителем. Информация о них предоставляется до заключения Договора.
- 12.2. Обязательным условием начала предоставления платных медицинских услуг является подписание Пациентом/Заказчиком Предварительного плана лечения, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора. Предварительный план лечения может быть изменен и (или) дополнен в ходе лечения по медицинским показаниям с письменного согласия Пациента/Заказчика.
- 12.3. При каждом последующем посещении согласование условий и сроков ожидания услуг производится сторонами путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента/Заказчика.
- 12.4. Сроком оказания медицинской услуги является согласованный сторонами период лечения Пациента/Заказчика, отраженный в Платежном документе.

13. Дополнительные условия

- 13.1. 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 отказаться от исполнения договора, он считается пролонгированным на 1 год. Последующая пролонгация происходит автоматически. Договор также перезаключается при изменении содержания публичных обязательств (изменение формуляра договора).
- 13.2. В случае, если Заказчик и Пациент являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Пациенту - относятся к одному лицу. В случае, если Заказчик и Пациент являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.
- 13.3. Договор изменяется и расторгается по правилам гражданского законодательства РФ.
- 13.4. Все дополнительные соглашения и приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

14. Заверения Сторон

- 14.1. В соответствии с ч. 2 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Заказчик разрешает Исполнителю передачу (предоставление) информации о своем здоровье/здоровье Пациента в виде копии и выписок из медицинской карты следующим лицам при предъявлении паспорта:
- 14.2. В соответствии с требованием п. 12,13,15,16 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 11.05.2023 года № 736) до сведения Заказчика и/или Пациента была доведена информация об Исполнителе по средством размещения на информационном стенде и сайте Исполнителя до подписания настоящего договора. Вся указанная информация была предоставлена Заказчику и/или Пациенту по его требованию и ему понятна.
- 14.3. В соответствии с требованием п.19. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 11.05.2023 года № 736) при заключении договора я уведомлен(а) в доступной форме:
 - а) с Положениями и порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) (www.pravo.gov.ru и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций);
 - б) с информацией о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы;
 - в) с Перечнем платных медицинских услуг, с указанием цен в рублях (Прейскурант).
- 14.4. В соответствии с требованием п.20. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ 11.05.2023 года № 736) Заказчик/Пациент уведомлен(а) о том, что обязан:
 - а) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности;
 - б) соблюдать правила поведения пациента в клинике.
- 14.5. Заказчик и/или Пациент подтверждает, что до подписания настоящего договора он был ознакомлен с Правилами поведения пациентов в клинике, Правилами предоставления медицинских услуг, Положением об установлении гарантийного срока и срока службы, Правилами эксплуатации стоматологических услуг и работ. Все положения перечисленных локальных нормативных актов ему понятны. Заказчик и/или Пациент понимает, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между Заказчиком и/или Пациентом и Исполнителем.

14.6. Заказчик и/или Пациент предупрежден(а), что для предоставления Пациенту/Заказчику медицинской услуги Исполнителем, для идентификации личности, Пациент/Заказчик обязан предоставить Исполнителю документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении и др.).

15. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

_____, тел. _____ Адрес: _____, e-mail: info@colibridental.ru ИНН _____ ОГРН _____

Банковские реквизиты: Р/С _____ название банка: _____
К/С _____ БИК: _____

М.П. (должность) _____ (подпись) _____ (Инициалы, Фамилия) _____ дата _____

Администратор²

М.П. (номер доверенности) _____ (подпись) _____ (Инициалы, Фамилия) _____ дата _____

Пациент (или его официальный представитель)

(Ф.И.О. полностью) _____ (число, месяц, год рождения) _____

Проживающий по адресу _____
(адрес места регистрации)

Документ, удостоверяющий личность: _____ Паспорт _____ дата выдачи _____
(кем выдан) _____ (код подразделения) _____

(номер телефона) _____ (адрес электронной почты) _____
_____ (подпись Пациента) _____ (дата) _____

Заказчик³ (или его официальный представитель)

(Ф.И.О. полностью) _____ (число, месяц, год рождения) _____

Проживающий по адресу _____
(адрес места регистрации)

Документ, удостоверяющий личность: _____ Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____
(кем выдан) _____ (код подразделения) _____

(номер телефона) _____ (адрес электронной почты) _____
_____ (подпись Заказчика) _____ (дата) _____

² Заполняется в случае оформления договора Администратором клиники, действующим на основании доверенности

³ заполняется в случае заключения договора в пользу третьего лица – Пациента

ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____

тел. _____, e-mail: duo@colibridental.ru

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий по адресу _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Паспорт _____

дата выдачи _____

Кем выдан паспорт _____

(кем выдан)

(код подразделения)

в соответствии с требованиями ст. ст. 23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях оказания мне платных медицинских услуг и ведения медицинского учета подтверждаю свое согласие на обработку _____ расположенным по адресу: _____, (далее по тексту – Оператор ПДн или Медицинская организация), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные (номер, дата и выдавший орган), адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС и ДМС (при наличии), СНИЛС, социальное и семейное положение, сведения о наличии льгот, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические данные — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. Обработка персональных данных осуществляется Оператором ПДн, оказывающим медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00355532 от 07.08.2020 г, являющегося лицом, обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором ПДн мне медицинских услуг я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными и даю согласие:

- на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных смешанным способом (совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых), посредством внесения их в локальную электронную базу данных Оператора ПДн и на бумажных носителях;
- во исполнение обязательств Оператора ПДн по договорам оказания платных медицинских услуг в рамках полисов ДМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией осуществляющей мое добровольное медицинское страхование, с использованием 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;
- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора ПДн, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных носителей, а также по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Оператора ПДн, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- передачу моих персональных данных, в том числе, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну в адрес организаций, проводящих лабораторные, гистологические и иные виды исследований, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи как с использованием бумажных носителей, так и по защищенным каналам связи, при условии, что данные организации и учреждения являются лицами, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- передачу моих данных в ЕГИСЗ, в том числе ФИО, дата рождения, пол, адрес проживания и контактные данные, сведения о медуслугах, которые были предоставлены: история посещения врачей, назначенные процедуры и лекарственные препараты, результаты обследований и анализов, информация о процедурах и операциях, которые проводились;
- проведение открытой и скрытой видеосъемки с видео- и аудиозаписью в помещениях Оператора ПДн в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. Оператор ПДн гарантирует, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Оператора ПДн не подлежат разглашению, размещению, использованию и передаче третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории Оператора ПДн на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

Я даю согласие Медицинской организации на фото- и видеосъемки (фото- и видеопотоколирование) меня как пациента в до и постеманипуляционный период, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств, для надежного оформления медицинской документации в целях оценки качества и прогресса проводимого лечения, наблюдения реакции на медицинское вмешательство, а также для информирования иных пациентов в научных и образовательных целях.

Я согласен, что отказ от проведения фото- и видеопотоколирования снимает ответственность с Медицинской организации за эстетический результат предоставленных услуг и подтверждаю, что я не имею претензий к эстетической составляющей предоставленных мне услуг в связи с отсутствием визуального подтверждения динамики проводимого лечения. Я согласен, что Медицинская организация самостоятельно определяет сюжет, объем, ракурсы фото- и видеосъемки, содержание комментариев, предисловий и послесловий, пояснений, контекста фото- и видеоматериалов. Я согласен, что Медицинская организация самостоятельно определяет размер фото- и видеоматериалов, продолжительность их использования и способы их редактирования. Я согласен, что полученные фото- и видеоматериалы не будут использоваться Медицинской организацией, как Оператором ПДн

для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует моего письменного согласия на обработку биометрических данных.

Я даю согласие на использование и обнародование моих изображений (в том числе фотоснимков полости рта и лица) в публикуемых Медицинской организацией научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях, материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников, а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях Медицинской организации и в сети «Интернет» (включая сайт Медицинской организации и страницы в соцсетях). Медицинская организация вправе раскрывать относящуюся ко мне врачебную тайну в части факта моего обращения в медицинскую организацию, диагноза, предоставленных медицинских услуг неопределенному кругу лиц – но только в целях, указанных в настоящем Соглашении, и способами, исключающими нарушение моих прав. Медицинская организация вправе обнародовать и в дальнейшем использовать мои фото- и видеоизображения (в том числе полости рта и лица) целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения, а также без моего согласия и без выплаты мне вознаграждения передавать права на мои изображения третьим лицам. Настоящее Соглашение действует на территории всего мира (включая Российскую Федерацию) в течение неопределенного срока – до момента его отзыва в порядке, установленном настоящим Соглашением.

Я согласен, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного) и составляет двадцать пять лет.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с «Положением о защите персональных данных пациентов _____».

Настоящее согласие дано мной _____ года и действует бессрочно.

Я понимаю, что Соглашение на обработку персональных данных может быть отозвано мной по письменному заявлению в адрес Оператора ПДн.

В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 ст. 6, части 2 ст. 10 и части 2 ст. 11 ФЗ №152 от 27.07.2006 г.

Подпись субъекта персональных данных _____
(подпись)

Дата _____

**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, _____,

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Телефон: _____

даю информированное добровольное согласие на разные 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 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. №24082) (далее Перечень), **ДЛЯ** (ненужное зачеркнуть)

– получения первичной медико-санитарной помощи

– получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

В _____

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 предполагаемы 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 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26 ст. 3442, 3446).

Предоставляю сведения о выбранных мною лицах, которым, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №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)

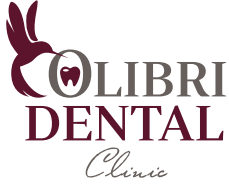
(ФИО выбранного лица)

Контактный телефон: _____

_____/_____ (подпись и ФИО врача)

_____/_____

Согласие на использование фото- и видеоизображений



к Договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от

1. Настоящим документом Заказчик дает согласие на использование фото- и видеоматериалов с участием Заказчика (Пациента) и позволяющих их идентифицировать, снятых в образовательных и/или рекламных целях Исполнителя сотрудниками Исполнителя или по их поручению в связи с получением либо непосредственно в процессе получения Заказчиком (Пациентом) медицинских услуг в рамках Договора, без выплаты ему какого-либо вознаграждения в денежной или натуральной форме.

2. Изображения Заказчика (Пациента) могут быть использованы для вышеуказанных целей и по усмотрению Исполнителя в печатных изданиях, сети интернет, наружной рекламе, а также на любых других носителях информации на территории Российской Федерации и за ее пределами.

3. Авторские и смежные с ними права на изображения Заказчика (Пациента), снятые сотрудниками Исполнителя или по их поручению в рамках действия Договора, принадлежат Исполнителю. Исполнитель вправе передавать указанные права на изображения Заказчика (Пациента) любым третьим лицам в целях, связанных с проведением своих образовательных или рекламных кампаний.

Исполнитель обязуется не использовать изображение Заказчика (Пациента) способами, порочащими его(ее) честь, достоинство и деловую репутацию.

Заказчик в будущем вправе отозвать Согласие на использование Исполнителем фото- и видеоматериалов с участием Заказчика (Пациента), выразив свой отказ Исполнителю в письменном виде и указав дату, начиная с которой Согласие будет считаться отозванным. Такой письменный отказ составляется в двух экземплярах и подписывается Исполнителем в подтверждение своего уведомления о невозможности использовать изображения Заказчика (Пациента) в соответствии с данным Согласием начиная с указанной даты. При этом отказ не может распространяться на любые фото- и видеоизображения Заказчика (Пациента), снятые сотрудниками Исполнителя в соответствии с данным Согласием до даты отзыва данного Согласия.

Исполнитель:

Заказчик:

МП

_____ / _____

_____ / _____

Министерство
здравоохранения

РФ

наименование учреждения

Код формы по ОКУД

Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Форма N 043/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 N 1030

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
стоматологического больного

№ _____ от _____ г.

Фамилия _____ Имя _____

Отчество _____

Пол (М. Ж.) _____ Дата рождения _____

Адрес: _____

Телефон моб: _____

Место работы _____

Диагноз: _____

Жалобы: _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания: _____

Развитие настоящего заболевания: _____
