

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. 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 Потребителя (Заказчика). Настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских (стоматологических) услуг в ООО «АВАНТА» стоматология «ТЕА-Дент» А также мне разъяснено и понятно право Потребителя (Пациента) 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. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация. С действующим Прайсом, «Положением о гарантиях при оказании стоматологических услуг», «Положением об оплате медицинских услуг», «Правилами поведения в клинике», расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники, ознакомлен.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ООО "АВАНТА" не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ « ____ » _____ 202__ г.
(подпись) (расшифровка подписи)

Договор возмездного оказания платных медицинских услуг в стоматологии "ТЕА-Дент"

г. Вологда _____ « ____ » _____ 202__ г.

ООО «АВАНТА» (стоматология "ТЕА-Дент"), Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе выдано 01.11.2018 г. Межрайонной инспекцией ФНС №11 по Вологодской области, действующее на основании лицензии № ЛО-35-01-002889 от 12.02.2020 г., выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области сроком действия «бессрочно», на выполняемые работы, оказываемые услуги при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии, рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, организации здравоохранения и общественному здоровью, в лице Генерального директора Тищенко Елены Александровны, действующей на основании Устава, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и

(ф.и.о./наименование Заказчика)

Паспорт _____ серия № _____ Выдан « ____ » _____ года, _____
зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу _____ Потребителя (Пациента)

Паспорт _____ серия № _____ Выдан « ____ » _____ года, _____
зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____ именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю стоматологические услуги (далее – «Услуги») согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик (Потребитель) принять и оплатить их по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются сторонами на основании ст.429.1 Гражданского Кодекса РФ в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющиеся неотъемлемой частью Договора, подписываемых между Исполнителем и Заказчиком (Потребителем). Место оказания услуги и адрес сайта: Вологодская область, г. Вологда, ул. Гагарина, д.37а-1, www.tea-dent.ru.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель имеет право:

- Отказать Потребителю в оказании услуг при несоблюдении правил поведения в клинике, условий гарантии, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии Потребителя с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.
- Не оказывать услуги по договору, если не достигнуто полное взаимопонимание, доверие и психологическая совместимость врача и пациента, если персонал не обладает квалификацией и оснащением для оказания Потребителю требуемых им услуг.
- В одностороннем порядке отказаться от исполнения договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.
- Требовать от Заказчика (Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.
- В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.
- Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

Ознакомлен: _____
Подпись Заказчика (Потребителя)

- Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
- Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии.
- Техническая работа может быть выполнена собственной лабораторией, так и лабораторией, с которой у Исполнителя имеются договорные взаимоотношения. При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, лечебных манипуляций, последний в праве направить Заказчика (Пациента) в иную медицинскую организацию.
- Требовать оплаты оказанных услуг.
- Передавать информацию об объеме и стоимости лечения по требованию суда, правоохранительных органов, а также третьим лицам в случае, если оплата этого лечения осуществлялась ими.
- Производить фотопротоколирование клинической ситуации, результатов лечения.
- Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

2.2. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- На охрану здоровья и медицинскую помощь.
- На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
- Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.
- На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.
- На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.
- На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.
- Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.
- Получить документы для социального вычета.
- На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Заказчика (Потребителя) от исполнения договора.
- Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету договора.
- На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.
- На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.
- Заказчик (Потребитель) имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.
- На скидку 8% на лечение зубов, если он не менее одного года является подписчиком сообщества стоматологии (<https://vk.com/teadent>)

2.3. Исполнитель обязан:

- Обеспечить Заказчика (Потребителя) информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прайсу, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.
- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- Соблюдать обязательства по срокам и условиям гарантии, и при возникновении гарантийного случая безвозмездно оказать услуги по устранению проблемы.
- По первому требованию Заказчика (Потребителя) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1 настоящего договора.
- Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Заказчика (Потребителя) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

2.4. Заказчик (Потребитель) обязан:

- Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, в том числе выполнять устные и указанные в памятках, приложениях к Договору рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
- Выполнять план лечения.
- Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Заказчик (Потребитель) подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного предварительного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию Заказчика (Потребителя) и согласованы с Заказчиком (Потребителем) устно без предварительного составления письменного плана лечения.
- **Явиться в клинику за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.**
- Соблюдать правила внутреннего распорядка в клинике Исполнителя, подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг, план лечения, другие приложения амбулаторной карты и приложения к настоящему Договору.
- Соблюдать правила поведения в общественных местах: громко не разговаривать, не шуметь, вести себя корректно по отношению к посетителям и сотрудникам, не распивать спиртные напитки, не употреблять наркотические средства, психотропные и токсические вещества; не появляться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения (оценивается по внешним признакам); не пользоваться служебными телефонами без разрешения администратора или иных должностных Исполнителя и т.д.
- Соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.
- Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом администратору клиники.
- Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение Клиники в бахилах (бахилы можно получить в стоматологии).

Ознакомлен: _____

Подпись Заказчика (Потребителя)

- В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Заказчика (Потребителя) с проведенными исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить администратору клиники или лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть для осмотра, на консультацию в клинику в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.
- В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Заказчик (Потребитель) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесённые Исполнителем расходы.
- Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.
- Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем условия гарантии.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Порядок осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи;
- Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Заказчика (Потребителя) получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания услуг.

3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие, стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

3.5. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утверждённом в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Потребитель ознакомлен до подписания настоящего договора.

3.6. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Заказчика (Потребителя) к Исполнителю. Терапевтическое лечение включает от 1 до 4 посещений. Ортопедическое лечение до 20 рабочих дней.

3.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика (Потребителя). Отказ Заказчика (Потребителя) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придёт к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведёт к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесённых затрат.

3.8. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3.9. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

3.10. Пациент может предъявлять свои пожелания к эстетике работы Исполнителя на трех приемах. На третьем приеме работа считается сданной и подлежит полной оплате, если работа Исполнителем выполнена качественно. Исполнитель не может гарантировать достижение эстетических ожиданий Заказчика (Потребителя) т.к. это субъективный критерий.

3.11. Исполнитель предоставляет Потребителю гарантию на все виды услуг, согласно положению о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, производимые Исполнителем. Гарантийные сроки отмечены в амбулаторной карте Потребителя.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Заказчику (Потребителю) стоматологических услуг, согласно действующему прайсу Исполнителя на день оказания услуги, указывается в дополнительном соглашении к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью, кассовом чеке. Факт оказания услуги подтверждается записями в медицинской документации лечащим врачом.

4.2. Оказанные в соответствии с п. 3.7 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком (Потребителем) по расценкам действующего прайса.

4.3. Заказчик (Потребитель) обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приёма у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прайса.

Ознакомлен: _____
Подпись Заказчика (Потребителя)

4.4. С согласия Заказчика (Потребителя) и Исполнителя услуги могут быть оплачены в полном объеме предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенного аванса Заказчику (Потребителю) наличными в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Заказчика (Потребителя).

4.5. При неоплате Заказчиком (Потребителем) стоимости оказанных стоматологических услуг без предварительного письменного согласования рассрочки оплаты Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, **Заказчик (Потребитель) оплачивает пени в размере 3% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Заказчика (Потребителя) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.**

4.6. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через расчетный счет клиники.

4.7. По всем гарантийным случаям работы выполняются бесплатно.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с данным разделом договора. В случаях нерегулируемых данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Заказчиком (Потребителем) при получении информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявление претензий Заказчика (Потребителя) к качеству оказания услуг после вмешательства самого Заказчика (Потребителя) или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клиники стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а так же при нарушении Заказчиком (Потребителем) условий гарантий и после истечения сроков гарантий и сроков службы о вещественных результатах услуг, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

5.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Заказчик (Потребитель) вправе действовать в соответствии с Законом РФ от 07.02.2002г. №2300-1 «О защите прав потребителей».

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

5.6. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Заказчика (Потребителя), врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская до судебного решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Вологодской области в г. Вологда

Адрес: 160012, г. Вологда, ул. Яшина, дом 1а, e-mail: tu-rpn@vologda.ru

Приемная: 8(8172)75-21-23

Росздравнадзор по Вологодской области

Адрес: 160001, г. Вологда, пр.Победы, дом 33, e-mail: info35@reg35.roszdravnadzor.ru Приемная: 8(8172) 76-25-98

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 3 лет.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Ознакомлен: _____

Подпись Заказчика (Потребителя)

9.3. Подписывая данный договор, Заказчик (Потребитель) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

9.4. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.5. Расторжение Договора возможно по факту выполнения сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Заказчика (Потребителя), оплатив Исполнителю по прайсу фактически понесенные Исполнителем расходы, по инициативе Исполнителя, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем, по обоюдному согласию Сторон, путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктами настоящего Договора, либо в спорных случаях - по решению суда согласно Законодательству РФ.

9.6. В соответствии со ст.160 ГК РФ стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора может использоваться факсимильное воспроизведение подписи представителя Исполнителя. По требованию Заказчика (Пациента) документ, заверенной факсимильной подписью, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным представителем Исполнителя.

9.7. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае, если договор заключается между Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах

9.8. Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", **дает** **не дает** (выбрать) свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Пациент уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопроотоколирования этапов оказания платных медицинских услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора.

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде.

. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.

10. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ДИСТАНЦИОННЫМ СПОСОБОМ

10.1. Договор на оказание медицинских услуг может быть заключен посредством использования информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на основании ознакомления Пациента с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

10.2. Договор с Пациентом считается заключенным дистанционным способом с момента оформления Пациентом соответствующего согласия (акцепта) и 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 частичной или полной оплаты по нему, все условия договора остаются неизменными и не могут корректироваться Исполнителем без согласия Пациента.

10.3. При заключении Договора дистанционным способом Исполнитель предоставляет Пациенту путем направления по электронной почте или интернет-мессенджеру подтверждение, которое содержит дату и номер заключенного Договора, который позволяет Пациенту получить информацию о заключенном Договоре оказания платных медицинских услуг и его условиях до начала оказания медицинских услуг.

10.4. Исполнитель обеспечивает прием обращений и требований Пациента дистанционным способом тем же каналом обмена информацией, которым был заключен Договор в дистанционной форме.

11. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «АВАНТА»
160002.Вологодская область,
г. Вологда, ул.Гагарина, д.37А, кв.1,
ИНН 3525432398, КПП 352501001,
ОГРН 1183525036397
р/с 40702810010000452709
в АО «Тинькофф Банк», г.Москва
БИК 044525974
корр.счёт № 30101810145250000974

Генеральный директор ООО «АВАНТА» _____ **Тищенко Е.А.**
Работник исполнителя, заполнивший договор _____

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. (Наименование организации)

Адрес _____

ИНН _____
ОГРН _____
Р/с _____
К/с _____

БИК _____
Должность _____ Ф.И.О.

(подпись)

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____

Ознакомлен: _____
Подпись Заказчика (Потребителя)

Подпись _____

Приложение №1 к Договору возмездного оказания медицинских(стоматологических)услуг

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. _____

Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполая, неправильная или недостоверная информация может повредить Вашему здоровью.

1	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если "Да", то укажите причину	Да Нет
2	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если "Да", то перечислите наименования	Да Нет
3	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж,ванны,грязи,физиотерапия)? Если "Да", то перечислите	Да Нет
4	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:	Да Нет
а	ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца,	Да Нет
б	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце,	Да Нет
в	желудочно-кишечные заболевания,	Да Нет
г	повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да Нет
д	повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови,	Да Нет
е	астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,	Да Нет
ж	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия,	Да Нет
з	диабет,	Да Нет
и	гепатит, желтуха, заболевания печени,	Да Нет
к	заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет
л	заболевание щитовидной железы	Да Нет
м	паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания	Да Нет
н	артрит,	Да Нет
о	венерические заболевания или СПИД,	Да Нет
п	травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции,	Да Нет
р	имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если "Да", то какие	Да Нет
с	Добавьте то, что считаете важным :	Да Нет
5	<u>Для женщин:</u> Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?	Да Нет

- Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие инструментальные диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.
- Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.
- Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим состоянием третьим лицам, лицам оплачивающим мое лечение, или другому врачу.
- Я понимаю, что я обязан произвести оплату в объеме 100% за услуги, оказанные мне в ООО «АВАНТА»

“ ____ ” _____ 20__ г. Подпись _____ ФИО _____

Ознакомлен: _____
Подпись Заказчика (Потребителя)

