

Гражданин(ка) **ФИО**, в дальнейшем именуемый(ая) **ЗАКАЗЧИК** с одной стороны, гражданин(ка) **ФИО**, в дальнейшем именуемый(ая) **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (или его законный представитель) со второй стороны, и ООО «ПРО-ФИдент» в дальнейшем именуемое **ИСПОЛНИТЕЛЬ** в лице генерального директора Н.А. Воликовой, действующей на основании Устава, с третьей стороны, заключили настоящий договор на предоставление платных стоматологических услуг.

### 1. Предмет договора.

- 1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает **ПОТРЕБИТЕЛЮ** стоматологические услуги, порученные ему **ЗАКАЗЧИКОМ**, на основании лицензии, выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области (400001, г. Волгоград, ул. Рабоче-Крестьянская, 16): **ЛО-34-01-002495 от 30.04.2015г.** по следующему перечню: 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: рентгенологии, сестринскому делу. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются на основании плана, включающего в себя порядок оказания услуг (условия и стоимость), составленного лечащим врачом и согласованного с **ЗАКАЗЧИКОМ** в соответствии с прейскурантом цен, установленных **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**.
- 1.3. **ЗАКАЗЧИК** оплачивает стоимость оказываемой услуги и используемых материалов в день оказания.

### 2. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязан:

- 2.1. Оказать **ПОТРЕБИТЕЛЮ** квалифицированную медицинскую помощь в достаточном объеме в соответствии с имеющимися условиями и особенностями заболевания как реализованная мера возможного в обстоятельствах обоснованного риска.
- 2.2. Ознакомить **ЗАКАЗЧИКА** и **ПОТРЕБИТЕЛЯ** (или его законного представителя) с порядком и планом оказания медицинских услуг, их стоимостью.
- 2.3. Лечение производить с соблюдением соответствующих порядков оказания медицинской помощи, а так же правил асептики и антисептики согласно требованиям ОСТ.
- 2.4. Информировать **ЗАКАЗЧИКА** и **ПОТРЕБИТЕЛЯ** (или его законного представителя) о непредвиденных осложнениях при оказании услуг и после проведенного лечения, принять меры для их устранения в период гарантированного обслуживания.
- 2.5. Согласовать с **ЗАКАЗЧИКОМ** и **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** (или его законным представителем) время и дату повторного посещения.
- 2.6. В случае увеличения объема и стоимости услуг, при возникновении непредвиденных обстоятельств, поставить в известность **ЗАКАЗЧИКА**.
- 2.7. Выдать **ЗАКАЗЧИКУ** документ, подтверждающий оплату оказанных услуг.
- 2.8. Предоставить гарантию в каждом отдельном случае индивидуально, согласно объективной ситуации в полости рта и современным техническим возможностям.
- 2.9. В случае обоснованных претензий **ЗАКАЗЧИКА** к качеству оказанных медицинских услуг, заявленных в течение действия гарантии, произвести повторные, необходимые для их устранения мероприятия или возратить **ЗАКАЗЧИКУ** стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости материалов.

### 3. **ЗАКАЗЧИК** обязан:

- 3.1. Предоставить **ИСПОЛНИТЕЛЮ** (в случае, если он является законным представителем) **ПОТРЕБИТЕЛЯ**, полную и объективную информацию о состоянии общего здоровья последнего: перенесенных и имеющихся заболеваниях - аллергии, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, венерических заболеваниях, гепатите «С», болезни Боткина, СПИДе, туберкулезе, заболеваниях нервной и психической систем, прочих заболеваниях.
- 3.2. Немедленно сообщить **ИСПОЛНИТЕЛЮ** обо всех возникших осложнениях при лечении или отклонениях в самочувствии **ПОТРЕБИТЕЛЯ** в процессе оказания услуг и после их получения.
- 3.3. Приходить на прием в точно назначенное время.
- 3.4. Предупредить врача о невозможности явки на прием не менее, чем за сутки.
- 3.5. Оплатить стоимость услуг (за исключением ортопедических) по прейскуранту после окончания каждого визита.
- 3.6. Оплатить ортопедические услуги в следующем порядке: 50% стоимости вносится авансом, который учитывается при окончательном расчете в день подписания акта приема – сдачи услуг.

### 4. **ПОТРЕБИТЕЛЬ** (или его законный представитель) обязан:

- 4.1. Предоставить **ИСПОЛНИТЕЛЮ**, полную и объективную информацию о состоянии общего здоровья: перенесенных и имеющихся заболеваниях - аллергии, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, венерических заболеваниях, гепатите «С», болезни Боткина, СПИДе, туберкулезе, заболеваниях нервной и психической систем, прочих заболеваниях.
- 4.2. Родитель (или его законный представитель) обязан присутствовать при лечении детей до 14 лет, после 14 лет дети лечатся самостоятельно, но в первое посещение лечение согласовывается с родителем (или его законным представителем).
- 4.3. Тщательно и строго выполнять все врачебные назначения и рекомендации лечащего врача.
- 4.4. Соблюдать гигиену полости рта.
- 4.5. Немедленно сообщить **ИСПОЛНИТЕЛЮ** обо всех возникших осложнениях при лечении или отклонениях в самочувствии в процессе оказания услуги и после ее получения.

4.6. Приходить на прием в точно назначенное время.

4.7. Предупредить врача о невозможности явки на прием не менее, чем за сутки.

#### 5. Права ИСПОЛНИТЕЛЯ:

5.1. Требовать от ЗАКАЗЧИКА сведения и документы, необходимые для эффективного лечения.

5.2. Изменить план лечения, если возникли какие-либо осложнения в процессе лечения и (или) выявлены анатомические особенности, которые проявились только в процессе лечения и не могли быть выявлены в период диагностики.

5.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначений ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право назначить другого врача для продолжения лечения при согласии ПОТРЕБИТЕЛЯ (или его законного представителя).

5.4. Отказаться в приеме ПОТРЕБИТЕЛЮ в случаях его токсического опьянения, если его действия угрожают здоровью и жизни персонала и прочих окружающих.

5.5. ИСПОЛНИТЕЛЬ снимает гарантию, если ПОТРЕБИТЕЛЬ самостоятельно прервал незавершенное лечение, не прошел полный объем запланированного лечения.

5.6. Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае регулярных (более 2-х раз) неявок ПОТРЕБИТЕЛЯ на прием к врачу в назначенное время.

#### 6. Права ЗАКАЗЧИКА:

6.1. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах представленных и планируемых стоматологических услуг.

6.2. Ознакомиться с документами, подтверждающие юридическое право ИСПОЛНИТЕЛЯ на оказание медицинских услуг.

6.3. Получать информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

6.4. Письменно отказаться от услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время (до окончания работ), оплатив стоимость материалов и препаратов, израсходованных для выполнения заказа к моменту расторжения настоящего договора, а также оплатив стоимость выполненных работ.

#### 7. Права ПОТРЕБИТЕЛЯ:

7.1. Получить весь объем комплексных профилактических и лечебных мероприятий, связанных с оказанием медицинских услуг по конкретному случаю, только у ИСПОЛНИТЕЛЯ по конкретному договору.

#### 8. Ответственность сторон.

8.1. В случае нарушения ЗАКАЗЧИКОМ или ПОТРЕБИТЕЛЕМ (или его законным представителем) требований ИСПОЛНИТЕЛЯ (невыполнение назначений и рекомендаций лечащего врача по соблюдению гигиены полости рта и профилактике стоматологических заболеваний, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях), последний не несет моральной и материальной ответственности перед ЗАКАЗЧИКОМ и ПОТРЕБИТЕЛЕМ (или его законным представителем).

8.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности при возникновении у ПОТРЕБИТЕЛЯ аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.

8.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности, если работы выполнены без гарантии по настоянию ЗАКАЗЧИКА за его подписью. Работы не должны иметь абсолютных противопоказаний.

8.4. При изготовлении зубных протезов ИСПОЛНИТЕЛЬ не всегда может гарантировать повторение точной копии удаленных зубов из-за анатомических изменений в альвеолярном отростке у ПОТРЕБИТЕЛЯ.

#### 9. Дополнительные условия.

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Возможные споры и разногласия, которые возникают в связи с настоящим Договором, стороны будут решать путем переговоров, привлечения независимых экспертов. В случае не достижения согласия – в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

#### 10. Информированное добровольное согласие ПОТРЕБИТЕЛЯ (или его законного представителя) на стоматологическое лечение.

10.1. Я, ФИО, полностью доверяю врачу и разрешаю проводить обследования, лечебные мероприятия, делать визиографические снимки до, во время и после лечения, выписывать лекарственные препараты, необходимые для лечения ФИО.

10.2. Я предупрежден (а) о непредвиденных осложнениях, связанных с проведением стоматологических манипуляций, поэтому гарантирую подлинность сведений о состоянии здоровья (моего ... или моего ребенка) и обязуюсь выполнять все требования врача, направленные на его улучшение.

10.3. Я ответственен (а) за оплату медицинской помощи (оказанной ... или моему ребенку) и гарантирую её.

#### 11. Согласие на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавший(ая)ся, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ, и Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ПРОФИдент» (далее - Оператор) предоставленных мной персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), данные о состоянии здоровья (моего или моего ребенка), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, 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 медицинской помощи, я даю право медицинским работникам, передавать предоставленные мной персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в целях обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с предоставленными мной персональными данными, включая их сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование,



обезличивание, блокирование и уничтожение. Оператор вправе обрабатывать предоставленные мной персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения учетно-отчетной медицинской документации, а также в договор на предоставление платных стоматологических услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по указанному выше договору на осуществление вышеуказанных действий с предоставленными мной персональными данными с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Срок хранения предоставленных мной персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной «» 2015 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи;

б) по истечении указанного выше срока хранения предоставленных мной персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все вышеперечисленные персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Субъект персональных данных \_\_\_\_\_ (ФИО) «» 2015 г.

Должностное лицо Оператора: администратор \_\_\_\_\_ (ФИО) «» 2015 г.

## 12. Срок действия договора.

12.1. Настоящий договор действует в течение 1 года с момента подписания. Если за 1 месяц до истечения срока действия договора ни одна из сторон не потребует его прекращения, договор признается продленным на прежних условиях и на срок 1 год. Дальнейшее продление действия договора осуществляется в том же порядке.

13. Договор составлен в трех экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу.

## 14. Юридические адреса сторон.

<b>ИСПОЛНИТЕЛЬ</b> ООО «ПРОФИдент»	<b>ЗАКАЗЧИК</b> Ф.И.О.
ИНН № 3441028358	<b>ФИО</b>
Свидетельство о государственной регистрации серия 34 № 000231300 от 23.06.05. выдано МИФНС № 9 по Волгоградской области	Документ, удостоверяющий личность:
г. Волгоград, ул. Героев Шипки 27	Адрес прописки:
Генеральный директор _____ м.п. Н.А. Воликова	Подпись заказчика (или его законного представителя) _____
	<b>ПОТРЕБИТЕЛЬ</b> Ф.И.О.
	<b>ФИО</b>
	Документ, удостоверяющий личность:
	Адрес прописки:
	Подпись потребителя (или его законного представителя) _____