

Настоящим я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, 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 моего здоровья;

Подпись \_\_\_\_\_✓\_\_\_\_\_ / <ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

Настоящим я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Чувашской Республики

Подпись \_\_\_\_\_✓\_\_\_\_\_ / <ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

Настоящим я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, даю согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ) лицам, указанным в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных и данных о состоянии здоровья (факте обращения за медицинской помощью, жалобах пациента, о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях, результатах оказания медицинской помощи) работниками ООО «СТКЛИНИК», как занимающимся профессиональной медицинской деятельностью, медицинским учреждениям, в том числе экспертным учреждениям, медицинским экспертам, с целью контроля качества оказания платных медицинских услуг, так и не занимающимися профессионально медицинской деятельностью, в целях выполнения обязательств по договору возмездного оказания медицинских услуг, оформления актов оказанных услуг и первичных медицинских документов, справок об оплате медицинских услуг, их хранения. Мне известно, что я могу отказаться от согласия на обработку персональных данных в любое время, в письменном виде.

Подпись \_\_\_\_\_✓\_\_\_\_\_ / <ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

## Договор на предоставление платных медицинских услуг

Город Чебоксары

<ДАТА> г.

Гражданин <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ><ДАТА\_РОЖДЕНИЯ>г. рождения, паспорт серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ>номер<ПАСПОРТ\_НОМЕР> являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)*

именуемый в дальнейшем «Потребитель» и/или («Заказчик»), с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «СТКЛИНИК», ИНН-2130229116 ОГРН-1212100008691, Зарегистрированного инспекцией ФНС по Чувашской Республике в г.Чебоксары, код инспекции 2130, по адресу Россия, Чувашская Республика – Чувашия, Пр-кт Московский, д. 38, корпус 4, Офис 105 телефон 8(8352)20-24-33, Лицензия № Л041-01191-21/00377726выдана 25.02.2022г. на осуществление медицинской деятельности: на оказание медицинских услуг 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: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; пластической хирургии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. сайтwww.skylineclinic.ru, с другой стороны именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Столяровой Дианы Андриановны, действующего на основании Устава, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Исполнитель обязуется при наличии медицинских показаний и с согласия Заказчика, оказать ему платные медицинские услуги, а Заказчик – принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 1.2. Перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки оказания медицинских услуг определяются сторонами в Предварительном плане лечения, который составляется Исполнителем и/или его представителем (лечащим врачом) по согласованию с Заказчиком и подписывается в двух экземплярах в письменной форме Заказчиком и Исполнителем и/или уполномоченным представителем Исполнителя (лечащим врачом).
- 1.3. Предварительный план лечения на стоматологическое лечение может изменяться с учетом уточненного диагноза по согласованию Сторон. Предварительный план лечения на стоматологическое лечение и его возможные изменения являются неотъемлемой частью настоящего Договора и оформляются как Приложения к настоящему Договору. При изменении предварительного плана лечения на стоматологическое лечение по медицинским показаниям составляется новый план лечения на стоматологическое лечение, предыдущий план лечения на стоматологическое лечение в измененной части не исполняется.
- 1.4. Уполномоченный представитель Исполнителя (Лечащий врач соответствующего профиля) в целях оказания медицинских услуг по настоящему Договору выбирается Заказчиком с учетом согласия врача путем оформления записи на прием.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

- 1.5. В случае замены лечащего врача по инициативе Исполнителя или Заказчика, Исполнителем назначается другой лечащий врач с учетом выбора Заказчика и согласия врача, а также при наличии врача соответствующего профиля.
- 1.6. Сроки оказания медицинских услуг (выполнения конкретных медицинских вмешательств), сроки ожидания платных медицинских определяются при условии, что Пациент будет являться на приём в назначенное время и ресурсными возможностями Пациента и Исполнителя. Сторонами согласовано, что в случае замены лечащего врача по причине указанной в п.1.5., неявки Заказчика на прием, сроки оказания и сроки ожидания платных медицинских услуг могут быть увеличены. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют 30 (тридцать) календарных дней. Моментом обращения за платными медицинскими услугами считается обращение Потребителя (Заказчика) посредством записи через форму, указанную на сайте Исполнителя или записи непосредственно по номеру 8(8352)20-24-33 путем направления сообщения на электронную почту Исполнителя: info@skylineclinic.ru либо путем записи через администратора во время посещения клиники Исполнителя.
- 1.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что до заключения настоящего Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о предоставлении гарантий в ООО «СТКЛИНИК», со сроками оказания услуг, сроками ожидания платных медицинских услуг, с правилами, порядками, условиями, рисками медицинских вмешательств, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами внутреннего распорядка для пациентов в клинике ООО «СТКЛИНИК» и обязуется их соблюдать.

✓ \_\_\_\_\_ (Подпись пациента)

- 1.8. По заявлению Заказчика (Пациента) Исполнитель выдает Заказчику(Пациенту) или лицам указанным Заказчиком (Пациентом) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство или в доверенности, выписку из медицинской карты, отражающую состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг в установленные законодательством Российской Федерации сроки, но не более 30 (календарных дней) при условии, что заявление в письменном виде будет соответствовать порядку утвержденному законодательством Российской Федерации (Приказ Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н). Медицинские документы по запросу будут выданы при личном получении по предъявлении паспорта, а законному представителю Заказчика (Пациенту) еще и при предъявлении документа, подтверждающего его статус.

## 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору является приблизительной и определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на платные медицинские услуги, стоимость на стоматологическое лечение оговаривается в Предварительном плане лечения. При изменении стоимости медицинских услуг, обусловленной изменением Исполнителем Прейскуранта на платные медицинские услуги, сторонами составляется новый план лечения на стоматологическое лечение, предыдущий план лечения в измененной части не исполняется.
- 2.2. В случае согласованного с пациентом изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по Прейскуранту на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по Предварительному плану на стоматологическое лечение сохраняется только при согласии Пациента на внесение 100% предоплаты за предполагаемые по плану лечения стоматологические услуги и оплате этих услуг авансом.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

- 2.3. Заказчик оплачивает оказанную услугу по прейскуранту и согласно акту выполненных работ сразу после исполнения услуги или её части. Заказчик по желанию может оплатить медицинские услуги при заключении настоящего договора в полном объеме или внести аванс (только за стоматологические услуги).
- 2.4. Оплата медицинских услуг осуществляется путём внесения наличных денежных средств непосредственно в кассу Исполнителя, либо, при наличии технической возможности, в электронном виде через платежный терминал банка по пластиковой карте, либо путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, либо иным, не запрещённым законом способом.
- 2.5. При оказании ортопедического/ортодонтического и хирургического (имплантации) лечения Заказчик вносит предоплату за расходные материалы, которые будут использованы в процессе оказания медицинских услуг, в размере 50% от суммы, указанной в Предварительном плане лечения. Оставшуюся сумму Заказчик обязан внести не позднее дня приёма работы Исполнителя, до окончательной фиксации работы в полости рта Заказчика.
- 2.6. В случае досрочного расторжения настоящего Договора (отказ от получения услуг) по инициативе Заказчика уплаченные денежные средства возвращаются Исполнителем Заказчику с удержанием фактически понесённых затрат в течение 10 (десяти) календарных дней.
- 2.7. Заказчик информирован, понимает и соглашается, что при длительном его отсутствии (более 30 календарных дней) зубы могут изменить своё положение, ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая/ортодонтическая конструкция может быть неприменима для использования и будет подлежать переделке. В этом случае ортопедическое/ортодонтическое лечение проводится только после полной повторной оплаты всей работы.

✓ \_\_\_\_\_ **подпись Заказчика**

- 2.8. Оказание медицинских услуг подтверждается актом об оказанных услугах, который подписывается сторонами в двух экземплярах по одному для каждой из сторон. Если Заказчик отказывается подписывать акт выполненных работ без предоставления мотивированного возражения в письменном виде, то оказанные услуги считаются принятыми и Заказчик их обязан оплатить.

### **3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- 3.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке законодательством Российской Федерации, а также на основании клинических рекомендаций.
- 3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:
- в полном объеме стандарта медицинской помощи;
  - по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 3.1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

- 3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации (лицензия и другие необходимые документы).
- 3.3. Заказчик по требованию Исполнителя предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 3.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 3.6. Рекомендации лечащего врача и медицинских работников до, во время и после выполнения медицинского вмешательства предоставляются лично Заказчику (Законному представителю). Общие рекомендации в доступной форме размещаются Исполнителем на информационных стендах и на официальном сайте ООО «СТКЛИНИК» в сети Интернет.
- 3.7. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736), а также с действующими в ООО «СТКЛИНИК»:
- Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
  - Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «СТКЛИНИК»;
  - Правилами поведения пациента в ООО «СТКЛИНИК»;
  - Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических медицинских услуг ООО «СТКЛИНИК»;

\_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ **подпись Заказчика**

#### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

- 4.1. Исполнитель обязуется:
- 4.1.1. Провести качественное обследование полости рта Заказчика, и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методов лечения.
- 4.1.2. В доступной форме информировать Заказчика о выявленном состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Заказчика на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
- 4.1.3. Оказывать медицинские услуги, предусмотренные в п.п.1.1. и 1.2 настоящего Договора с применением необходимых материалов, медикаментов, инструментов, оборудования, в установленный срок. Обеспечивать сроки ожидания платных медицинских услуг.
- 4.1.4. Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора, порядками, правилами оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

4.1.5. Предоставить Заказчику достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком, а также врачебную тайну.

4.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечить её учет и хранение в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Самостоятельно определить характер и объем диагностических и лечебных мероприятий для Заказчика, с учётом медицинских показаний и противопоказаний, с учетом согласия Заказчика. В случае возникновения неотложных состояний, Исполнитель самостоятельно определяет объём исследований, манипуляций, оперативных вмешательств и других методов лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

4.2.2. Менять план лечения и стоимость медицинских услуг с обязательным согласованием его с Заказчиком.

4.2.3. Просить содействия у Заказчика в получении сведений и предоставлении документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

4.2.4. Приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий с уведомлением Заказчика, в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций, требований лечащего врача и/или в случае несвоевременной оплаты услуг (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям), требования услуг, которые не входят в план стоматологического лечения.

4.2.5. Согласно положениям ст. 36 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей" если Заказчик (Потребитель), несмотря на своевременное и обоснованное информирование исполнителем, в разумный срок не заменит непригодный или недоброкачественный материал, не изменит указаний о способе выполнения работы (оказания услуги) либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой услуги), исполнитель вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказании услуги) и потребовать полного возмещения убытков.

✓ \_\_\_\_\_ **подпись Заказчика**

4.2.6. Изменять с согласия Заказчика по медицинским показаниям и экономическим причинам Предварительный план лечения, вид, объем, сроки и стоимость оказания платных медицинских услуг.

4.2.7. Направлять Заказчика, с его согласия, в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

4.2.8. Направить Заказчика, с его согласия, к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

4.3. Заказчик обязуется:

4.3.1. Оказывать Исполнителю содействие в оказании медицинских услуг в следующем порядке:

а) являться на прием к лечащему врачу в назначенное время.

б) заблаговременно, не позднее, чем за 6 рабочих часов (рабочие часы с 08.00 и до 21.00) до начала приема, предупредить по телефону администратора клиники о невозможности явки на прием в назначенное время.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

в) сообщить Исполнителю путем заполнения анкеты здоровья все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. о беременности (для женщин), о перенесенных или имеющихся заболеваниях (аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.) и иных факторах которые могут повлиять на ход лечения, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контактах с инфекционными больными.

г) предоставлять по требованию Исполнителя медицинские документы, результаты обследований, для установления правильного диагноза и лечения.

4.3.2. Строго соблюдать и выполнять установленные лечащим врачом профилактические и лечебные мероприятия, указания (рекомендации).

4.3.3. Немедленно известить Исполнителя и/или уполномоченного представителя Исполнителя (лечащего врача) о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

4.3.4. Заказчик обязан заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять указания и рекомендации лечащего врача Исполнителя, соблюдать режим лечения, сроки профилактических осмотров, и правила поведения пациентов в ООО «СТКЛИНИК».

4.3.5. Выполнять условия предоставления гарантийного срока и срока службы.

4.4. Заказчик имеет право на:

4.4.1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

4.4.2. обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4.4.3. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

4.4.4. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными Исполнителю способами и средствами;

4.4.5. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

4.4.6. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства;

4.4.7. получение информации об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.**

5.1. Стороны несут ответственность друг перед другом в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после его заключения в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами. К таким событиям чрезвычайного характера относятся стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, запретительные действия государственных органов и иные обстоятельства непреодолимой силы.

5.3. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

- 5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком в случае:
- 5.4.1. Возникновений осложнений по вине Заказчика: не выполнения рекомендаций, предписаний врача, не соблюдения гигиены полости рта, несвоевременном сообщении об ухудшении здоровья, возникновения аллергии или непереносимости препаратов и медицинских материалов, разрешенных к применению, при самостоятельном приеме (или неправильном приеме) Пациентом лекарственных препаратов или(и) самолечении Заказчиком.
  - 5.4.2. Возникновения осложнений при получении медицинских услуг в другом лечебном учреждении.
  - 5.4.3. Несообщения Заказчиком или предоставления недостоверной информации о перенесенных или имеющихся заболеваниях.
  - 5.4.4. Неблагоприятного исхода болезни, если действия Исполнителя и/или его представителей были правильными, если Исполнитель сделал все, что следовало сделать в данной ситуации.
  - 5.4.5. Если Исполнитель и/или его представитель не мог предвидеть, что его действия являются неправильными и при объективно неправильных действиях не наступили вредные последствия, и/или же отсутствует причинная связь между неправильными действиями Исполнителя и/или его представителя и наступившими неблагоприятными последствиями.
- 5.5. Заказчик несет ответственность за нарушение условий настоящего договора в следующем порядке:
- 5.5.1. В случае нарушения сроков оплаты за оказанные услуги Исполнитель имеет право потребовать с Заказчика оплаты пени в размере 0,1% от суммы долга за каждый день просрочки, а Заказчик обязан оплатить сумму пени.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**

- 6.1. Заказчик дает согласие на обработку его персональных данных, в том числе специальной категории персональных данных (о состоянии здоровья) в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в области персональных данных.
- 6.2. Исполнитель обязуется не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные Заказчика, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Заказчика, если иное не предусмотрено федеральным законом

## **7. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- 7.1. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям настоящего договора, требованиям порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях, а также иным обязательным требованиям. Общими критериями качества медицинской услуги являются восстановление естественной формы зуба, восстановление функции зуба (измельчение и пережевывание пищи).
- 7.2. Медицинские услуги, к качеству которых настоящим договором не установлены критерии, должны соответствовать требованиям, обычно предъявляемым к услугам соответствующего вида.

Исполнитель:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/



## 8. УСЛОВИЯ ГАРАНТИИ.

8.1. На материальный результат оказанных стоматологических услуг Исполнитель устанавливает гарантийный срок и срок службы. Условия предоставления гарантийного срока и срока службы, ориентировочные сроки и порядок их исчисления, объем гарантийных обязательств, установленных Исполнителем определены в принятом им Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических медицинских услуг ООО "СТКЛИНИК", с которым Заказчик ознакомлен до заключения настоящего договора.

8.2. После оказания медицинских услуг пациенту выдается на руки акт выполненных работ.

8.3. Исполнитель предоставляет гарантии при условии соблюдения всех рекомендаций, предписаний врача и прохождения периодических профилактических осмотров и других мероприятий.

8.4. Гарантийный срок и срок службы на материальный результат оказанных медицинских услуг в сложных клинических ситуациях устанавливает врач в зависимости от клинической ситуации и примененных материалов. По истечении гарантийного срока и/или срока службы на материальный результат Заказчику необходимо явиться к Исполнителю на осмотр, во время которого врач исходя из сложившейся клинической ситуации, предоставляет Заказчику дальнейшие рекомендации.

8.5. Гарантия не распространяется или прекращается в случаях:

- неявки Заказчика на периодический профилактический осмотр;
- переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим Заказчиком;
- на случаи последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (ушиб и вывих зубов, перелом зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжёлые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.), аллергической реакции, в том числе на используемые материалы, разрешенные для применения в Российской Федерации;
- преднамеренной или случайной порчи конструкции, на случаи потери конструкции (в том числе случайного проглатывания), поломки конструкции в результате неправильной эксплуатации или несчастного случая, действий третьих лиц.

## 9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

9.1. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Заказчика в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство является подтверждением предоставления Исполнителем необходимой и достоверной информации о состоянии здоровья, о медицинских услугах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах оказанной медицинской помощи;

9.2. Настоящий Договор действует 1 год со дня его подписания. По истечении срока действия настоящего договора при условии надлежащего исполнения сторонами обязательств и отсутствии уведомления сторон о расторжении, договор считается пролонгированным (продленным) на неопределенный срок.

9.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в случаях и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

9.4. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке настоящий Договор и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив фактически понесенные Исполнителем расходы согласно акту выполненных работ.

Исполнитель:

Заказчик:

Подпись \_\_\_\_\_ / Столярова Д.А.

Подпись \_\_\_\_\_ ✓ \_\_\_\_\_ /<ПАЦИЕНТ\_ФИО>/

9.5. Всякие изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

9.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу. Договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

9.7. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, разрешаются путём переговоров между сторонами. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов для участия в заседании врачебной комиссии по месту нахождения Исполнителя. О дате и времени рассмотрения претензии врачебной комиссией Заказчик уведомляется предварительно по телефону или иным доступным способом. В случае неявки Заказчика или его представителя на заседание врачебной комиссии, претензия подлежит рассмотрению врачебной комиссией без его участия. Срок ответа на претензию 10 (десять) календарных дней. При не урегулировании сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке. Данный пункт ни в коем случае не ущемляет права Заказчика на обращение в судебные инстанции.

9.8. Срок ответа на жалобы, обращения составляет 30(тридцать) календарных дней. Жалобы, обращения, Претензии направляются Исполнителю только в письменном виде на адрес Исполнителя, указанный в договоре или электронную почту [info@skylineclinic.ru](mailto:info@skylineclinic.ru) на русском языке, на иностранном языке с нотариальным переводом на русский язык. При не урегулировании сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке. Данный пункт ни в коем случае не ущемляет права Заказчика (Пациента) на обращение в судебные инстанции.

9.9. С момента подписания настоящего договора все ранее заключенные договора возмездного оказания медицинских услуг считаются расторгнутыми, за исключением составленных ранее и подписанных Заказчиком планов лечения, которые подлежат исполнению в рамках действия настоящего договора.

9.10. Ни одна из сторон не имеет права передавать права и обязанности по данному Договору без письменного разрешения одной из сторон, кроме как в случаях, конкретно указанных в данном Договоре.

9.11. Договор и все неотъемлемые приложения к настоящему договору на основании ч. 2 ст. 160 ГК РФ могут подписываться Исполнителем путем факсимильного воспроизведения подписи лица, действующего на основании доверенности, выданной от имени Исполнителя, с помощью средств механического копирования его собственноручной подписи (клише-печати, воспроизводящей собственноручную подпись лица, действующего от имени Исполнителя по доверенности).

<p>Исполнитель: ООО "СТКЛИНИК" адрес: 428000, Россия, Чувашская Республика - Чувашия, г Чебоксары, Пр-кт Московский, д. 38, корпус 4, Офис 105 телефон: +7 (8352)20-24-33 ИНН 2130229116 ОГРН 1212100008691 р/с 40702810710001394483 БИК 044525974 к/с 30101810145250000974</p> <p><b><u>Место для печати</u></b></p>	<p>Заказчик: ФИО:&lt;ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ&gt; паспорт: серия &lt;ПАСПОРТ_СЕРИЯ&gt; номер &lt;ПАСПОРТ_НОМЕР&gt; выдан:&lt;ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ&gt;&lt;ПАСПОРТ_ВЫДАН&gt; адрес прописки:&lt;ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ&gt; телефон: &lt;ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН&gt;</p> <p>Подпись _____ ✓ _____ / &lt;ПАЦИЕНТ_ФИО&gt;/</p>
---	---

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

<ДАТА РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

<ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н<sup>1</sup> (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ “СТКЛИНИК”**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 предполагаемые 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 2011 г.

№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

✓

(подпись)

<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

<ДАТА> г.  
(дата оформления)

<sup>1</sup>Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный №24082.