

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, нижеподписавшийся(ая), \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента») \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Я ознакомлен(а), что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г. до подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом ООО «Цельс Стоматология», действующим на дату заключения договора и уведомлен(а) 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 и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись)

(ФИО Пациента/законного представителя)

### Договор № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г. Воронеж

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Цельс Стоматология» (далее по тексту – ООО «Цельс Стоматология») именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Шамраева Юрия Александровича, действующего на основании Устава, (ОГРН 1023601566812, ИНН 3666093927), с одной стороны и

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, далее именуемый(ая)

«Пациент», в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору (далее - Договор), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

#### Понятия, используемые в настоящем договоре:

Исполнитель – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги Пациенту (Заказчику).

Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить, либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг.

Заказчик – физическое лицо, законный представитель, имеющее намерение заказать, либо заказывающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента.

#### 1. Предмет Договора

**1.1.** Настоящий договор регулирует взаимоотношения сторон во время получения Пациентом платных медицинских услуг в медицинской организации ООО «Цельс Стоматология» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006», Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, других законодательных актов Российской Федерации.

**1.2.** Пациент (Заказчик) поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в соответствии с условиями настоящего договора медицинских услуг, включающих в себя: установление диагноза, составление Спецификации, плана лечения (при необходимости) и проведения лечения силами назначенных Исполнителем лечащих врачей, являющихся сотрудниками Исполнителя в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

**1.3.** Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица (ОГРН1023601566812, ИНН 3666093927), действующей лицензии № Л041-01136-36/00330538 от 17.06.2015 г., срок действия: бессрочно, на осуществление медицинской деятельности по адресу: 394077, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 60 Армии, д. 22 а, нежилое помещение, назначение: нежилое, этаж № 1, встроенное помещение 2 в лит.А, и разрешающей выполнение следующих работ и услуг: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-

санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

**1.4.** Конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, объем работ и услуг, срок ожидания услуг - содержатся в Спецификации (Приложение № 1). Также после оказания каждой услуги подписывается акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 4), который после его проверки и подписания Пациентом (Заказчиком) становится неотъемлемой частью настоящего договора.

**1.5.** Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ и клиническими рекомендациями, размещенными в рубрикаторе Минздрава РФ (при наличии).

**1.6.** Пациент (Заказчик), получая от Исполнителя медицинские услуги подтверждает, что Исполнитель в доступной для Пациента (Заказчика) форме и в соответствии с требованиями законодательства РФ ознакомил его с:

- Правилами предоставления платных медицинских услуг в медицинской организации;
- Политикой обработки персональных данных в медицинской организации;
- Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг в медицинской организации;
- Условиями предоставления и получения медицинских услуг и прейскурантом на услуги, действующим в медицинской организации на момент оказания услуги Пациенту (Заказчику);
- Режимом работы медицинской организации;
- Основными свойствами оказываемых Пациенту (Заказчику) медицинских услуг, противопоказаниями при отдельных видах заболеваний и иной дополнительной информацией, касающейся особенностей, предоставляемых Пациенту (Заказчику) медицинских услуг.

**1.7.** Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство (Приложение № 2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

**1.8.** Стоимость медицинских услуг определяется на основании расценок, установленных в прейскуранте Исполнителя, рассчитывается исходя из видов и объема услуг, оказанных в рамках настоящего договора.

**1.9.** Предоставленные в рамках настоящего договора медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 N 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).

**1.10.** Предоставление Исполнителем дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, осуществляется с предварительного письменного согласия Пациента (Заказчика) и оформляется дополнительным соглашением к договору либо путем заключения нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости и оплачивается Пациентом (Заказчиком) дополнительно.

## **2. Права и обязанности Пациента (Заказчика)**

### **2.1. Пациент (Заказчик) имеет право:**

**2.1.1.** Требовать от Исполнителя выполнения надлежащего качества предоставляемых платных медицинских услуг.

**2.1.2.** Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими Пациентами.

**2.1.3.** Требовать от Исполнителя:

- предоставления копий медицинских документов, выписок из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья (представляемого им лица) после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

- предоставления копий медицинской документации и иной документации (договор, чеки, справки, рецептурные бланки), необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

**2.1.4.** Дать полный либо частичный отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в письменной форме в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан (Приложение №3).

**2.1.5.** Перенести дату и время оказания медицинских услуг, предварительно согласовав с Исполнителем.

**2.1.6.** Отказаться в одностороннем порядке от дальнейшего исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

**2.1.7.** Отказаться от обработки своих персональных данных, при этом такой отказ не может являться основанием к изменению, или расторжению договора Исполнителем.

**2.1.8.** Обратиться в суд за защитой нарушенных прав и охраняемых законом интересов без соблюдения досудебного порядка урегулирования спора.

**2.1.9.** На выбор территориальной подсудности рассмотрения спора, вытекающего из настоящего договора.

**2.1.10.** На выбор средств и способов защиты нарушенных прав.

### **2.2. Пациент (Заказчик) обязан:**

**2.2.1.** Дать информированное добровольное согласие (Приложение №2) в письменной форме на проведение платных медицинских услуг в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан или дать полный, или частичный отказ от медицинских услуг.

**2.2.2.** Выполнять требования, обеспечивающие качество предоставления платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

**2.2.3.** Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к диагностическим исследованиям, а также неукоснительно соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по достижению и сохранению результатов лечения.

**2.2.4.** Оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

**2.2.5.** При посещении специалиста по предварительной записи прибыть на прием заблаговременно. В случае невозможности посетить специалиста в ранее согласованное время, заблаговременно (за 24 часа) предупредить об этом Исполнителя по телефону: +7(473)227-17-57.

**2.2.6.** Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, возникших во время и после оказания медицинских услуг.

**2.2.7.** Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы медицинской организации.

**2.2.8.** По окончании лечения, при отсутствии замечаний по оказанным медицинским услугам, подписать акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 4). В случае одностороннего отказа от подписания акта, и не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предоставления акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

### **3. Права и обязанности Исполнителя**

#### **3.1. Исполнитель имеет право:**

**3.1.1.** Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

**3.1.2.** Изменять Прейскурант цен в одностороннем порядке и своевременно информировать об этом Пациента (Заказчика) любым доступным способом (размещение прейскуранта на сайте медицинской организации, e-mail рассылка, sms-оповещение). Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

**3.1.3.** В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача. Исполнитель вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с предварительным уведомлением Пациента и назначением нового срока оказания услуг.

**3.1.4.** При изменении клинической ситуации с согласия Пациента (Заказчика), вносить корректировку в план лечения и (или) сроки лечения.

**3.1.5.** В случае опоздания Пациента (Заказчика) на прием более чем на 15 минут, перенести прием на другое время и дату, согласованные с Пациентом (Заказчиком), т.к. опоздание одного ущемляет права другого на своевременный и полноценный прием.

**3.1.6.** При отказе Пациента (Заказчика) от обработки персональных данных, осуществить такую обработку в случае, когда предоставление таких данных предусмотрено законом или непосредственно связано с исполнением договора (Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ).

#### **3.1.7. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях:**

**3.1.7.1.** Когда оказание таких услуг не предусмотрено Прейскурантом Исполнителя, либо, когда исследование (услуга), включенное в Прейскурант, временно не производится.

**3.1.7.2.** При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях.

**3.1.7.3.** При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

**3.1.7.4.** Если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни.

**3.1.7.5.** При появлении Пациента в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, либо совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала.

**3.1.8.** В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

**3.1.9.** Самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации к исполнению своих обязательств по данному договору.

#### **3.2. Исполнитель обязан:**

**3.2.1.** По требованию Пациента (Заказчика) предоставлять копии:

-медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях - без взимания дополнительной платы.

- медицинской документации и иной документации (договор, чеки, справки, рецептурные бланки), необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

**3.2.2.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика

(Пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**3.2.3.** Получить от Пациента (Заказчика) информированное добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг перед подписанием настоящего договора (Приложение №2).

**3.2.4.** Информировать Пациента (Заказчика) о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

**3.2.5.** Оказывать Пациенту истребованные им медицинские услуги в соответствии со стандартами качества медицинских услуг и клиническими рекомендациями согласно рубрикатору Минздрава РФ (при наличии).

**3.2.6.** Своевременно осуществлять прием Пациентов, в том числе в заранее согласованные с Пациентом (Заказчиком) часы, в рамках предварительной записи (при условии явки Пациента (Заказчика) на прием).

**3.2.7.** Информировать Пациента (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

**3.2.8.** Хранить врачебную тайну Пациента (Заказчика) и не разглашать без согласия Пациента (Заказчика) сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иных сведений, полученных при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина.

**3.2.9.** При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### **4. Качество услуг.**

**4.1.** При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

**4.2.** Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики; при отсутствии дефектов оказания медицинской помощи; в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии).

**4.3.** Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

**4.4.** Возможные дискомфорт, вызванные спецификой медицинских методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент (Заказчик) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

#### **5. Сроки предоставления платных медицинских услуг.**

**5.1.** Срок предоставления конкретной услуги Исполнителя (консультации, диагностические исследования, лечебные манипуляции) определяются датой и временем обращения Пациента (Заказчика) к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ и приложениями к договору.

**5.2.** Односторонняя корректировка, изменение сроков лечения без оформления письменного согласия Пациента (Заказчика) не допускается.

#### **6. Условия оплаты и порядок расчетов**

**6.1.** Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о стоимости медицинских услуг до начала их оказания и подписания договора.

**6.2.** Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором. С согласия Пациента (Заказчика) услуга может быть оплачена при заключении договора в полном размере (100%) или путем внесения аванса (ст. 37 Закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»).

**6.3.** Пациент (Заказчик) самостоятельно определяет способ и форму оплаты за оказанные медицинские услуги (наличный или безналичный расчет) и производит их в рублях РФ согласно Прейскуранту услуг Исполнителя. Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

#### **7. Ответственность Сторон**

**7.1.** Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, несоблюдении клинических рекомендаций (при наличии), а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента (Заказчика).

**7.2.** При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Пациентом (Заказчиком) по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

**7.3.** Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

**7.3.1.** Отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

**7.3.2.** Невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома.

**7.3.3.** Отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения.

**7.4.** Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент (Заказчик) не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

**7.5.** Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Пациент (Заказчик) был предупрежден до оказания медицинской услуги при подписании информированного добровольного согласия.

**7.6.** Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

**7.7.** В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент (Заказчик) обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

**7.8.** Обращения/жалобы по результатам предоставленных медицинских услуг, качеству оказанных медицинских услуг и сервиса, могут быть переданы Пациентом (Заказчиком) непосредственно Исполнителю, направлены в адрес Исполнителя по почте России или направлены на адрес электронной почты Исполнителя: [celstom@yandex.ru](mailto:celstom@yandex.ru).

**7.9.** Рассмотрение требований Пациента (Заказчика), о некачественно оказанной медицинской услуге и возврате денежных средств осуществляется в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» - 10 календарных дней, остальные обращения рассматриваются в течение 30 календарных дней с даты поступления обращения к Исполнителю.

**7.10.** Исполнитель не вправе отказывать Пациенту (Заказчику) в заключении, исполнении, изменении или расторжении настоящего договора в связи с отказом Пациента (Заказчика) предоставить свои персональные данные за исключением случаев, если это право предоставлено законом или иным нормативным правовым актом.

**7.11.** В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **8. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора**

**8.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Если по истечении срока действия договора, Стороны продолжают выполнять его условия, договор считается возобновленным на тех же условиях на тот же срок. Количество пролонгаций не ограничено. При этом, каждая из Сторон вправе прекратить его действие, предупредив об этом другую сторону в порядке, установленном ст. 450.1 Гражданского кодекса РФ.

**8.2.** Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта об указанных услугах обеими сторонами (Приложение № 4).

**8.3.** Изменение и расторжение договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8.4.** Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

**8.5.** В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## **6. Порядок разрешения споров.**

**9.1.** В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

**9.2.** Все неурегулированные настоящим Договором отношения Сторон, регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1.

## **7. Прочие условия**

**10.1.** Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом (Заказчиком) желания их получить и подписания настоящего договора. Сроки оказания услуги определяются исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально и согласовываются с Пациентом (Заказчиком).

**10.2.** Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

**10.3.** Договор составляется в 2-х экземплярах (в 3-х если в договоре участвуют 3 стороны - Исполнитель, Заказчик и Потребитель) по одному для каждой из Сторон и имеют одинаковую юридическую силу. Стороны согласовали подписание настоящего договора Исполнителем при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ. Кроме того, Стороны позволяют использовать факсимиле на иных документах, являющихся необходимыми при проведении сделок (дополнительных соглашениях, актах и т.д.). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

**10.4.** Настоящий договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации – 5 лет.

**10.5.** Пациент (Заказчик) дает СОГЛАСИЕ/НЕСОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п.п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору (Приложение №5).

**10.6.** Пациент (Заказчик) дает свое СОГЛАСИЕ/НЕСОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя об очередном осмотре, напоминание о назначенном времени приема, о специальных предложениях в медицинской организации.

**10.7.** Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами договора и согласен с его условиями.

**10.8.** По письменному запросу Пациента (Заказчика), Исполнитель предоставляет затребованные копии из оригиналов медицинской документации. Пациент либо его законный представитель представляет запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте).

При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

Срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них – в течение 30-ти дней с момента регистрации запроса.

## **8. Приложения к настоящему договору:**

**11.1.** Спецификация (приложение №1);

**11.2.** Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение №2);

**11.3.** Отказ от видов медицинских вмешательств (приложение №3);

**11.4.** Акт об оказании платных медицинских услуг (приложение №4);

**11.5.** Согласие на обработку персональных данных (приложение №5).

## **9. Реквизиты и подписи сторон:**

**Исполнитель:** ООО «Цельс Стоматология»

Юридический адрес: 394077, Россия, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 60 Армии, д.22 а, помещение 2

Фактический адрес: 394077, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 60 Армии, д.22 а, нежилое помещение, назначение: нежилое, этаж № 1, встроенное помещение 2

в лит. А

ОГРН 1023601566812

ИНН/КПП 3666093927/366201001

Банковские реквизиты:

р/сч. 40702810913360107272 Центрально Черноземный банк Сбербанка

России в г. Воронеже

БИК 042007681

Кор. счет 30101810600000000681

Адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при его наличии) : <https://cels-stom.ru>.

Директор \_\_\_\_\_ /Ю.А. Шамраев/

М.п

**Пациент (Заказчик):**

ФИО Пациента (Заказчика) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Паспорт гражданина РФ \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Подпись Пациента (Заказчика)

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

№ п/п	Наименование услуг	Цена услуги в ед. (руб.)	Кол-во услуг	Сумма	Подпись Пациента (Заказчика)	ФИО специалиста, подпись
1.						
2.						
3.						

Всего предполагается оказать платных медицинских услуг на сумму: \_\_\_\_\_.

Со Спецификацией ознакомлен(а) и соглас (ен/на): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (ФИО Пациента/законного представителя)

Врач: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(подпись)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (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, проживающего 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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

**в Обществе с ограниченной ответственностью «Цельс Стоматология»**

(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. N 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. N 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) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)



**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения/Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

при оказании мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)  
\_\_\_\_\_ ФИО несовершеннолетнего/недееспособного лица,  
год рождения) \_\_\_\_\_

медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «Цельс Стоматология» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г.

**АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Мы, нижеподписавшиеся, **ООО «Цельс Стоматология»**, в лице директора Шамраева Юрия Александровича, действующего на основании Устава, именуемое далее Исполнитель с одной стороны, и Пациент (Заказчик)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно указанному договору на оказание платных медицинских услуг Исполнителем были оказаны следующие медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Специалист (ФИО)	Стоимость в руб.	Дата оказания услуги

Медицинские услуги оказаны надлежащим образом и в полном объеме.  
Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.  
Претензий к Пациенту (Заказчику) нет.

Представитель Исполнителя:

Директор \_\_\_\_\_ / Ю.А. Шамраев/  
(подпись) (Ф.И.О.)

Пациент (Заказчик):

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_ г., документ, подтверждающий личность: \_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(заполняется законным представителем, на лиц не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):  
являясь законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного лица) \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего/недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие медицинской организации **ООО «Цельс Стоматология»** (ОГРН 1023601566812, ИНН 3666093927, КПП 366201001, юридический адрес 394077, Россия, Воронежская область, г. Воронеж, ул. 60 Армии, д.22 а, помещение 2) (далее - «Исполнитель»), в лице директора Шамраева Юрия Александровича, действующего на основании Устава, на обработку моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии моего/представляемого мною лица здоровья, 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 Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои/представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего/представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего/представляемого мною лица заболевания информация должна сообщаться (нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц) только мне/мне и следующим лицам/только следующим лицам, без моего уведомления:

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих/ представляемого мною лица персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне/представляемому мною лицу до этого медицинской помощи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО пациента/законного представителя)