В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Стоматология57» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания,паспортные данные, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего 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. Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Подпись**

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) медицинского учреждения**

ООО «Стоматология 57», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (ООО «Стоматология57», 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.

 Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись**

**Информирование о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

Пациент информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи (ОМС). ООО «Стоматология57» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь за плату.

 Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись**

**Договор на оказание платных медицинских стоматологических услуг № от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.**

ООО «Стоматология 57»,в лице директора Гревцевой Ю.Н. действующей на основании устава, действующее на основании лицензии от 21.01.2015г.№ЛО-57-01-000777 ,выданной Департаментом здравоохранения и социального развития Орловской области, г.Орел, ул.Лескова, д.22 тел. 423561, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и

Именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

**1.1**В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать платные медицинские стоматологические услуги указанные в дополнительном соглашении Пациенту в соответствии с лицензией и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется своевременно оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

**2.Информация об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских стоматологических услугах**

**2.1**Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц: серия 57 №001107451 , выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Орловской области 26.02.2014г., свидетельства о постановке на учет в налоговом органе серия 57 №001107457, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Орлу 26.02.2014г. и Лицензии на осуществление медицинской деятельности №ЛО-57-01-000777 ОТ 21.01.2015г., выданной Департаментом здравоохранения и социального развития орловской области на следующие виды работ(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: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической».

**3.Порядок оказания платных медицинских стоматологических услуг**

**3.1**Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство на основании предоставленной лечащим врачом в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанной с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

**3.2**При отказе от медицинского вмешательства гражданину в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.

**3.3**информированное добровольное согласие гражданина на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, лечащим врачом и содержится в медицинской документации пациента.

**3.4**Если в процессе оказания медицинских стоматологических услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных медицинских вмешательств, то они выполняются с дачи информированного добровольного согласия гражданина на медицинское вмешательство.

**3.5**Исполнитель ознакомляет Пациента с правилами оказания платных медицинских стоматологических услуг в ООО «Стоматология 57» и Прейскурантом на Платные медицинские услуги, оказываемые ООО «Стоматология57», до заключения настоящего Договора.

**3.6**Исполнитель оказывает платные медицинские стоматологические услуги по адресу: 302040,г.Орел, ул.Октябрьская,д.50,пом.60 в дни и часы работы, указанные н6а вывеске учреждения.

**4.Стоимость медицинских стоматологических услуг и порядок расчетов**

**4.1**Стоимость медицинских стоматологических услуг рассчитывается на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, действующего в ООО «Стоматология57» на дату заключения настоящего Договора.

**4.**2Пациент оплачивает медицинские стоматологические услуги в соответствии с законодательством РФ после оказания услуг.

**4.3**Исполнитель выдает Пациенту кассовый чек или копию бланка(квитанции), подтверждающие прием денежных средств.

**5.Права и обязанности Сторон**

**5.1**При оказании платных медицинских услуг Исполнитель обязан:

**5.1.1** Соблюдать порядок оказания медицинской помощи.

**5.1.2**Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальных персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

**5.1.**3Вести медицинскую документацию в установленном порядке; обеспечивать учет и хранение медицинской документации.

**5.1.4**Соблюдать этические и моральные нормы, обеспечивать уважительное и гуманное отношение к Пациенту со стороны медицинских работников и иных работников учреждения.

**5.2**Исполнитель имеет право:

**5.2.1**Определять тактику ведения Пациента в соответствии с установленными правилами и стандартами, разрабатывать план обследования Пациента, уточнять объем и рациональные методы обследования Пациента с целью получения в минимально короткие сроки полной и достоверной диагностической информации.

**5.2.2**На основании клинических наблюдений и обследований, сбора анамнеза, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований самостоятельно устанавливать (или подтверждать) диагноз.

**5.2.3**В соответствии с установленными правилами и стандартами назначать и контролировать необходимое стоматологическое лечение, организовывать и самостоятельно проводить необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия.

**5.2.4**Вносить изменения в план стоматологического лечения в зависимости от состояния Пациента и определять необходимость дополнительных методов обследования.

**5.3**Пациент обязан:

**5.3.1**Следовать выбранному плану стоматологического лечения, срокам этапов лечения. Своевременно являться в установленные лечащим врачом сроки в пределах гарантийного срока на профилактические осмотры.

**5.3.2**Предоставлять всю необходимую информацию Исполнителю о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и иную информацию, необходимую для оказания медицинской стоматологической услуги.

**5.3.3**являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки заранее предупредить об этом Исполнителя.

**5.3.4**Строго соблюдать и выполнять установленные лечащим врачом предписания, профилактические и лечебные мероприятия.

**5.3.5**Немедленно известить лечащего врача о любых осложнениях и или иных отклонениях в состоянии Пациента, возникших в процессе лечения.

**5.3.6**Своевременно оплатить стоимость оказываемых медицинских стоматологических услуг в соответствии с разделом 4 настоящего договора.

**5.3.7**В случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов оказанных медицинских стоматологических услуг немедленно обратиться к Исполнителю.

**5.4**Пациент имеет право:

**5.4.1**Требовать оказания медицинских стоматологических услуг надлежащего качества, сведений о наличии у Исполнителя лицензии на осуществление медицинской деятельности, сертификата специалиста.

**5.4.2**Предъявлять требования о возмещение убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

**5.4.3**Пациент вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору.

**6.Ответственность сторон**

**6.1**В соответствии с законодательством РФ Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинских услуг.

**6.2**Вред, причиненный жизни и(или) здоровью Пациента при оказании ему медицинских услуг, возмещается учреждением в объеме и порядке, установленных законодательством РФ.

**6.3**Претензии и споры, возникшие между пациентом и исполнителем разрешаются путем переговоров либо путем предъявления претензий в письменном виде. При невозможности урегулирования спорных вопросов путем переговоров, они подлежат разрешению в судебном порядке.

**6.4**Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской стоматологической услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**6.5**Пациент несет ответственность в соответствии с законодательством РФ в случае отказа от оплаты или несвоевременной оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору, в случае отказа Пациента от исполнения договора об оказании медицинских услуг.

**7.Срок действия Договора и прочие условия**

**7.1**Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31.12.2020г.

7.2 Сроки выполнения медицинских услуг, их стоимость, сроки службы медицинских изделий(ортопедических конструкций, пломб и др.) и гарантия описываются в дополнительном соглашении, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

**7.3**Пациент имеет право отказаться в одностороннем порядке от исполнения договора и прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю по Прейскуранту фактически понесенные им расходы.

**7.4**Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.5Настоящий договор может быть изменен в соответствии с законодательством РФ.

**7.6**Все изменения у настоящему договору считаются действительными при условии, что они совершены в письменной форме.

**7.7**Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**8.Адреса, реквизиты и подписи Сторон**

**Исполнитель: Пациент:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология 57»****302040, г.Орел, ул.Октябрьская, д.50,пом.60****Тел. 49-04-34; 42-15-00**ИНН 5753201900КПП 575301001ОГРН 1145749001496 | **ФИО****Паспорт серия №****Выдан****Зарегистрирован по адресу:** |

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_Гревцева Ю.Н. Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись, расшифровка Подпись, расшифровка**