

нение пункта 24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», **ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ПОТРЕБИТЕЛЯ** (законного представителя Потребителя) настоящим уведомляем 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, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Потребитель (законный представитель Потребителя) уведомлен:

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

КОПИЯ

**Договор
на оказание платных медицинских услуг № _____**

г. Калининград

« _____ » _____ 20 _____ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЦЕНТР ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ «АТЛАНТ» (ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»)), в лице генерального директора Кривошеевой Ирины Анатольевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин (-ка)

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:

Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

действующий в интересах несовершеннолетнего лица (или лица, признанного недееспособным):

Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина – (полностью), дата рождения, адрес места проживания

именуемый (-ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, совместно именуемые Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Сведения о сторонах договора

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование: ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЦЕНТР ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ «АТЛАНТ».

1.1.2. Адрес места нахождения: 236016, г. Калининград, улица Гражданская, д. 5А.

1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 39 № 001675158, ОГРН 1163926068855, выдано 16 июня 2016 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Калининградской области.

1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее

лицензирующего органа: Лицензия № Л041-01157-39/00364150 от 25 сентября 2019 года на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической), на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пластической хирургии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии), на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара (по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии), на проведение медицинских экспертиз (по экспертизе качества медицинской помощи); на срок - БЕССРОЧНО, выдана Министерством здравоохранения Калининградской области (236000, г. Калининград, ул. Дмитрия Донского, 1, телефоны: (4012) 604-808- приемная, (4012) 676-006 – «Горячая линия»).

1.1.5. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, определяется Лицензией Исполнителя (см. пункт 1.1.4.). Выписка из реестра лицензий о данных Лицензии размещены в местах общего доступа: в холле клиники (на информационных стендах, стойках, в информационных папках Исполнителя), а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Потребителе (законном представителе Потребителя):

(Фамилия, имя и отчество (если имеется), дата рождения, адрес места жительства, телефон, эл.почта)

2. Предмет договора

2.1. Исполнитель при наличии показаний и организационно-технических возможностей обязуется оказать Потребителю (несовершеннолетнему лицу или лицу, признанному недееспособным) платные медицинские услуги в соответствии с имеющейся у него Лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг на условиях настоящего договора и выполнить требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается: в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, с учетом стандартов медицинской помощи. Потребитель подтверждает, что согласен на оказание медицинской помощи в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде отдельных консультаций, медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) подтверждает, что при заключении настоящего Договора в доступной форме ознакомлен:

- с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи, утвержденной Правительством Калининградской области;
- с Прейскурантом на платные медицинские услуги ООО «ЦДИ «АТЛАНТ», содержащим перечень оказываемых услуг и их стоимость, размещенным в общем доступе в холле ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»;
- с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг;
- с информацией о медицинском работнике, оказывающем платные медицинские услуги (об уровне его профессионального образования и квалификации);

Исполнитель _____

Потребитель _____

с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- с Правилами внутреннего распорядка для пациентов, законных представителей, представителей по доверенности пациента, заказчиков медицинских услуг, потребителей иных услуг и посетителей ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»;
- с Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»;
- с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании медицинских услуг ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»;
- с иной информацией, содержащей сведения об Исполнителе и об оказываемых им платных медицинских услугах, предоставляемой в соответствии с действующим законодательством, размещенной в доступных для ознакомления Потребителями местах;
- со всей документацией и информацией, представленной на информационных стендах и в информационных папках «ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ», имеющихся в общем доступе в холле ООО «ЦДИ «АТЛАНТ» и на официальном сайте организации.

2.4. Потребитель (законный представитель Потребителя) подписанием договора подтверждает также факт того, что:

- ему в доступной форме разъяснены положения статьи 431.2 Гражданского кодекса РФ - «Заверения об обстоятельствах», согласно которой сторона, предоставившая при заключении договора либо до или после его заключения другой стороне недостоверные заверения об обстоятельствах, имеющих значение для заключения договора, его исполнения или прекращения (в частности относящихся к своему состоянию здоровья либо относящихся к состоянию здоровья третьего лица), несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ;
- он предупрежден о вредном воздействии на здоровье окружающего табачного дыма и последствиях употребления табака;
- *он предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя при оказании медицинских услуг может производиться открытая фото-, видеосъемка и видеорегистрация с помощью установленных видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников, в целях осуществления контроля качества предоставляемых медицинских услуг (в интересах соблюдения и обеспечения прав пациентов/потребителей услуг), а также в целях контроля соблюдения правил внутреннего распорядка для пациентов, законных представителей, представителей по доверенности пациента, заказчиков медицинских услуг, потребителей иных услуг и посетителей Исполнителя.*

2.5. Стороны согласовали право Исполнителя при оформлении документов на оказание платных медицинских услуг подписывать Договор, приложения и дополнительные соглашения к настоящему Договору, уведомления о расторжении Договора по инициативе Потребителя (законного представителя Потребителя) и иные необходимые документы для заключения, исполнения, изменения, дополнения, расторжения Договора путем воспроизведения подписи с помощью факсимиле.

2.6. Потребитель/законный представитель Потребителя подписанием настоящего Договора дает Исполнителю своё согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (в соответствии со статьей 13 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), иному медицинскому учреждению, оказывающему Потребителю медицинские услуги (консультационные, диагностические, лечебные, профилактические, реабилитационные), в случаях поступления Исполнителю от него запроса (в интересах Потребителя) на предоставление результатов рентгенологических исследований (путем предоставления с помощью Интернет-соединения, на цифровых и/или бумажных носителях и др. способами); в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Потребителем/законным представителем Потребителя взятых на себя обязательств по Договору в части оплаты медицинских услуг.

2.7. Исполнитель имеет право на направление сведений составляющих врачебную тайну на адрес электронной почты, указанный Потребителем в настоящем Договоре.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю (несовершеннолетнему лицу или лицу, признанному недееспособным) в рамках настоящего Договора, определяется исходя из действующего у

Исполнителя Прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных Потребителю (несовершеннолетнему лицу или лицу, признанному недееспособным) медицинских услуг.

3.2. Стороны согласовали, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги на основании действующего на этот момент Прейскуранта Исполнителя. Потребитель (законный представитель Потребителя) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата услуг осуществляется Потребителем (законным представителем Потребителя) следующими способами: путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя и (или) оплатой в безналичной форме, с помощью банковских карт, карт национальной платежной системы, если иной порядок не будет установлен соглашением Сторон.

3.4. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении сторон.

3.5. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленной ему медицинской услуги, установленного образца (согласно пункту 31 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736).

4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя в интересах последнего) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, после подписания настоящего договора и только при наличии информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, подписанного Потребителем (законным представителем Потребителя).

4.2. Исполнитель обязуется обеспечить режим конфиденциальности и соблюдения врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) подписанием настоящего Договора дает Исполнителю своё согласие на:

- в целях исполнения настоящего договора на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) с использованием и без использования средств автоматизации персональных данных Заказчика: фамилия, имя, отчество, адрес, сведения о документе, подтверждающем личность, реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия, телефонный номер, адрес электронной почты на срок 5 лет с даты совершеннолетия Потребителя;

- в целях исполнения настоящего договора, установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных Потребителя, а именно: на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, адрес места жительства и места регистрации, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС и ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии своего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на срок 25 лет с даты прекращения лечения.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано, в этом случае Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных в объеме, порядке и способами, указанными в пунктах 3 и 4 части 2 статьи 10 ФЗ «О персональных данных»;

- оказание Потребителю (несовершеннолетнему лицу или лицу, признанному недееспособным) услуг с использованием медицинского оборудования, медицинских изделий, лекарственных средств.

4.4. Срок ожидания предоставления медицинских услуг, сроки оказания медицинских услуг определяется датой и временем обращения Потребителя (законного представителя Потребителя) к Исполнителю, конкретизируются по соглашению с Потребителем, исходя из общего соматического статуса Потребителя, в соответствии со сроками указанными в клинических рекомендациях (протоколах ведения), его психоэмоционального состояния, наличия заболеваний и (или) состояний, препятствующих оказанию услуги, наличия у него и врача свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников,

участующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования и согласно локального Положения об оказании платных медицинских услуг.

4.5. Запись на прием для оказания медицинских услуг в ООО «ЦДИ «АТЛАНТ» осуществляется через администраторов лично или по телефонам (4012) 988-233, 34-33-24 и с учетом обстоятельств, указанных в п. 4.4 данного Договора.

4.6. После оказания услуг Исполнитель без взимания дополнительной платы по запросу Потребителя (законного представителя) выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Срок выдачи вышеуказанных медицинских документов составляет 30 дней с момента регистрации запроса.

5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Потребитель (законный представитель Потребителя) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров, при недостижении согласия – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пандемий, стихийных бедствий, пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, террористических актов, беспорядков, забастовок и локаутов, замедлений работы, остановок в работе, решений органов государственной власти и суда, делающих невозможной или существенно затрудняющих деятельность сторон, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергоснабжения, газоснабжения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

5.4. В случае опубликования Потребителем, в том числе анонимно, в СМИ или в сети Интернет недостоверных сведений, касающихся оказания медицинских услуг Исполнителем, Потребитель предоставляет Исполнителю право опубликовать в том же или ином источнике опровержение, содержащее сведения составляющие врачебную тайну и персональные данные, включая фото и/или видео изображения.

5.5. В случае претензии к качеству оказанных медицинских услуг, Потребитель или лицо, уполномоченное им на основании нотариально удостоверенной доверенности, может предъявить претензию в письменном виде уполномоченному представителю Исполнителя или направить ее дистанционным способом путем направления обращения на адрес электронной почты клиники: atlant@kcdi.ru или по адресу нахождения клиники: 236016, г. Калининград, ул. Гражданская, д. 5А заказным письмом.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Изменение и (или) расторжение Договора производится в порядке и по основаниям, установленным настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (законного представителя Потребителя) о расторжении договора по инициативе Потребителя (законного представителя Потребителя), при этом Потребитель (законный представитель Потребителя) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.3. Договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по письменному соглашению Сторон.

6.4. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Потребителю.

7. Адреса и подписи сторон:

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр дентальной имплантологии «АТЛАНТ»
(ООО «ЦДИ «АТЛАНТ»)

Юридический адрес: 236016, г. Калининград,
ул. Гражданская, д. 5А, тел.: 8 (4012) 34-33-24,
98-82-33
ИНН 3906990673 **КПП** 390601001
ОГРН 1163926068855

Генеральный директор

_____/И.А. Кривошеева/
М.П.



И.А. Кривошеева

Потребитель
(законный представитель Потребителя):

(Фамилия, инициалы)

Данные паспорта*: серия _____ № _____

Выдан: _____

« _____ » _____ года

(подпись)

*В виду отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) предъявить документ, удостоверяющий его личность, сведения о Потребителе (законном представителе Потребителя) внесены в договор с его слов и расцениваются как оказание помощи на анонимной основе. Потребитель (законный представитель Потребителя) проинформирован Исполнителем о риске и последствиях получении медицинской помощи на анонимной основе (в частности, невозможности защищать и реализовывать в полном объеме свои права и (или) права третьего лица, а также доказывать что-либо в суде) и согласен на оказание платных медицинских услуг на условиях анонимности и на оплату услуг в порядке 100% предоплаты предварительной стоимости услуг до их получения.

(подпись
Потребителя)

Экземпляр Договора Потребитель (законный представитель Потребителя) получил

(подпись)