**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг (заключаемый с гражданами)**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Нижний Новгород** |  **« » г.** |

 Общество с ограниченной ответственностью «Дентакс», зарегистрированное Инспекцией Федеральной налоговой службы по Канавинскому району г. Нижнего Новгорода, свидетельство о государственной регистрации № 1152525257004971 от 04 мая 2012 года, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-52-01-004381 от «04» сентября 2014 г., именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Боряковой Юлии Игоровны, действующего на основании Устава с одной стороны и гражданина

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Паспорт серия номер , выдан

Адрес регистрации

Телефон

Именуемый (ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствие с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № ЛО-52-01-004381 от «04» сентября 2014 г., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи, установленные федеральным органом исполнительной власти РФ в сфере здравоохранения, согласно приложениям к приказам №№ 10 и 11 от 15.07.2015 г. «О внедрении стандартов медицинской помощи в ООО «Дентакс», «О внедрении порядков оказания медицинской помощи в ООО «Дентакс».

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ** **ОПЛАТЫ**

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, указанным в прейскуранте, действующем на день оплаты.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, возможна безналичная форма оплаты.

2.3 Оплата услуг по терапевтической, хирургической стоматологии производится непосредственно после её оказания. При оказании услуг по ортопедической стоматологии производится предоплата в размере 50 % стоимости медицинских услуг по действующему прейскуранту. Окончательный расчет производится после выполнения всего объема работы.

При оказании услуг по ортодонтической стоматологии производится первоначальный взнос, согласно выбранной аппаратуре для лечения по действующему прейскуранту на день оплаты.

Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения/заказ-нарядом.

2.4. В случае отказа от медицинской услуги в ходе её выполнения Исполнитель возвращает Пациенту ранее оплаченную сумму за вычетом стоимости произведенных работ и использованной аппаратуры.

2.5. В случае, если Пациент не заплатил (или не доплатил) указанную сумму в акте выполненных работ, после оказания ему стоматологических услуг в течение одного календарного месяца, начисляется пеня в размере 1,5 % от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа со дня оказания медицинской услуги. Исключением является оказание медицинских услуг с рассрочкой платежа, с заключением дополнительного договора.

2.6. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.7. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту, является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

**3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1.Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2.Медицинские услуги оказываются в сроки, согласно индивидуальному плану лечения.

3.3.При оказании стоматологических (ортодонтических, ортопедических) услуг, сроки поставки аппаратуры, сдача работ может варьироваться от нескольких дней до нескольких месяцев.

**4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

4.1**. Права и обязанности Исполнителя:**

Исполнитель обязан

4.1.1.Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

4.1.3.Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4.Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6.Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.10. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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".

4.1.12. Исполнитель дает гарантию на предоставленные услуги. Гарантийные сроки прописываются в медицинской карте стоматологического больного индивидуально, согласно диагнозу.

Гарантийные обязательства согласно «Положению о гарантийных сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Дентакс» от 05 декабря 2012г» не распространяются на: ортодонтическое лечение; повторное эндодонтическое лечение; профессиональная гигиена; наложение повязки (временной пломбы); хирургическое лечение; пародонтологическое лечение; отбеливание зубов. Гарантия не распространяется на съемный протез и конструкции, которые были в ремонте либо изготовлены сторонней организацией и был отдан на ремонт Исполнителю.

4.1.13. В случае возникновения форс мажорных обстоятельств, а именно; стихийные бедствия, военные действия, техногенные катастрофы, пандемия, дефолт, эмбаргои прочие обстоятельства, дестабилизирующие экономику страны, Исполнитель освобождается от обязанностей по данному договору.

4.1.14. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

**4.2. Права и обязанности Пациента**:

Пациент обязан:

4.2.1. В соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.3.Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4.Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации.

Пациент имеет право:

4.2.6.На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг между сторонами рассматривается Администрацией Исполнителя в порядке переговоров. В случае не достижения сторонами согласия спор рассматривается врачебной комиссией в соответствии с требованиями ФЗ «О защите прав потребителя». Пациент обязуется прийти на заседание врачебной комиссии в установленное время.

5.3. Претензии Пациента составляется письменно, и рассматриваются в течение 30 дней.

5.4. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

-привлечь Исполнителя к иным мерами ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.5. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Заказчика, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчика в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

5.7. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.8. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

**6.Порядок изменения и расторжения договора**

6.1.При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2.В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3.Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН**

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Нижегородской области в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Нижегородской области в текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2.  Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ООО «Дентакс»****г. Нижний Новгород, ул. Керченская, д.22, пом.1****ИНН/КПП 5257130427/525701001**Счет № 40702810642050011873 в Волго-Вятский банк Сбербанка России, Нижегородское отделение №7 г. Нижний НовгородК/с 30101810900000000603БИК 042202603**Директор** **Борякова Ю.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**М.П.  | **Пациент;** Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**СОГЛАСИЕ**

**пациента**

**на обработку персональных данных**

**ФИО**

 В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дентакс», Н.Новгород, ул.Керченская д.22 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); 2) пол; 3) дата рождения; 4) место рождения; 5) гражданство; 6) данные документа, удостовер7яющего личность; 7) место жительства; 8) место регистрации; 9) дата регистрации; 10) страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования; 11) номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии); 12) анамнез; 5

13) диагноз; 14) сведения об организации, осуществляющей медицинскую деятельность;

15) вид оказанной медицинской 8003,помощи; 16) условия оказания медицинской помощи; 17) сроки оказания медицинской помощи; 18) объем оказанной медицинской помощи; 19) результат обращения за медицинской помощью; 20) сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; 21) примененные порядки и стандарты медицинской помощи; 22) сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы; 23) фото/видеоизображение.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

 Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора с медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;

 - с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, предоставлять, передавать мои персональные данные страховым медицинским организациям, медицинским организациям, органам управления здравоохранения, при условии, что указанные предоставление, передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

 Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.) (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О.)