

 **УТВЕРЖДАЮ**

 Генеральный директор ООО

 «Стоматология Доктора Трухманова»

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.В.Трухманов

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Настоящее Положение определяет условия предоставления гражданам платных медицинских услуг. Платные медицинские услуги в ООО «Стоматология Доктора Трухманова» предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществлении медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

**1. Общие положения**

1.1. Положение о порядке предоставления платных медицинских услуг в ООО «Стоматология Доктора Трухманова» юридическим и физическим лицам (далее Положение) определяет условия и порядок предоставления платных медицинских и иных услуг населению.

1.2. Настоящее Положение разработано на основании: Конституции Российской Федерации, Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона РФ от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.1992. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Закона РФ от 27.07.2006. № 152-ФЗ «О персональных данных», Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**2. Понятия, используемые в настоящем Положении:**

**ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ** – медицинские услуги, а также иные услуги, связанные с оказанием медицинских услуг, предоставляемые пациентам за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств, не запрещенных законодательством Российской Федерации, на основании договоров. В том числе договоров добровольного медицинского страхования.

**МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ** – юридическое лицо независимо от организационно- правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности, медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**ПАЦИЕНТ** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия заболевания и от его состояния.

**МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА** – мероприятие или комплекс мероприятий, направленный на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение и реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ** – комплекс мероприятий (включая медицинские услуги, организационно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и другое), направленное на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

**ЗАКАЗЧИК** – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги пациентам.

**3. Условия предоставления платных медицинских услуг.**

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основании заключенного договора в простой письменной форме.

3.2. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.3. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

3.4. На предоставление платных медицинских услуг составляется план лечения. Его составление является обязательным.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель предупреждает об этом потребителя (заказчика).

3.6. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

3.7. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.8. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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.

3.9. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

**4. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

4.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

4.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя.

4.3. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

**5. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением**

**платных медицинских услуг**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

**6. Форма и условия оплаты.**

Оплата медицинских услуг может производиться наличными, безналичными средствами, пластиковыми картами, а также по договорам с предприятиями и страховыми компаниями. Стоимость лечения определена в Плане лечения.

В случае изменения расценок на медицинские услуги составляется План согласования и при его подтверждения проводится дальнейшее лечение. При внесении предоплаты, расчет стоимости ведется по расценкам на момент внесения денежных средств до полного их исчерпания.

При безналичном расчете вноситься 100% предоплата.

Оплата за наличный расчет производится после каждого приема по ценам на момент оплаты.

Оплата протезирования допускается в два этапа: первый авансовый взнос не должен быть меньше 50% стоимости протезирования, окончательный не позднее даты окончания протезирования. Стоимость незаконченного протезирования может измениться в случае неявки Пациента в назначенный срок, после которого произошло изменение цен. Без полной оплаты зубные протезы не устанавливаются.

**7.Скидки.**

Пациенты имеющие скидку на лечение и удаление зубов в ООО «Стоматология Доктора Трухманова»:

1)Участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами - бесплатно.

2)Ветераны боевых действий- скидка 10%

3) Ветераны труда- скидка 10%

4)пенсионеры- скидка 10%

5)Члены многодетных семей - 10%

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

г. Энгельс \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_г.

**"Заказчик" ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для «Потребителя» ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

соднойстороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология Доктора Трухманова»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Генерального директора Трухманова Александра Валерьевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, (зарегистрировано 5 декабря 2011 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №7 по Саратовской области, ОГРН 1116449006068, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-64-01-002111 от 2 декабря 2013 г., определяет перечень 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, стоматологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественного здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

 (Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Саратовской области (адрес и телефон: 410012,г. Саратов, ул. Железнодорожная 72, корп. 2, тел. (88452) 50-63-53, 51-55-52), заключили настоящий договор об оказании платных медицинских услуг:

 **1.Определения:**

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

**- «платные медицинские услуги»**  медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

- **«потребитель»**  физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. «Потребитель», получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- **«заказчик»**  физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу «Потребителя»;

- **«исполнитель»**  медицинская организация (ООО **«Стоматология Доктора Трухманова»**), предоставляющая платные медицинские услуги;

- **«медицинская организация»**  юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- **«медицинский работник»** физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, квалификацию и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

**2. Предмет договора.**

2.1. По настоящему Договору «Исполнитель» оказывает «Заказчику» **медицинские услуги**, указанные в **Приложении №2** к настоящему договору в соответствии с лицензией, согласно действующему Прейскуранту на платные медицинские услуги, (далее Прейскурант), а «Заказчик» обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. При наличии у «Заказчика» полиса добровольного медицинского страхования, оплата медицинских услуг осуществляется «Заказчиком» в соответствии с п. 4.3. настоящего договора.

2.1.2. При наличии у «Заказчика» карты корпоративного медицинского обслуживания, оплата услуг «Заказчиком» осуществляется в соответствии с пунктом 4.5. настоящего договора.

2.1.3. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является «Потребитель».

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе «Заказчика» в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии **информированного добровольного согласия «Потребителя»** (законного представителя «Потребителя»), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (**Приложение №1** к настоящему договору), а также при наличии согласия на обработку персональных данных (**Приложение №3** к настоящему договору).

*2.3.* Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых «Заказчику» в соответствии с настоящим Договором, определяются в **Приложении №2** к настоящему Договору.

2.4. Договор на оказание медицинских услуг заключается бессрочно.

2.5. «Заказчик» подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора «Исполнитель»:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в ООО **«Стоматология Доктора Трухманова»**  Прейскурантом на платные медицинские услуги,

- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО **«Стоматология Доктора Трухманова»**;

*-* уведомил его 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;

 - до заключения настоящего Договора уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 ФИО *подпись «Потребителя»*

2.6. Подписав настоящий Договор, «Заказчик» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.7. Перечень оказываемых «Исполнителем» медицинских услуг указывается в **Приложении №2** к настоящему Договору.

**3. Права и Обязанности Сторон и участников Договора.**

**3.1. «Исполнитель» обязуется:**

3.1.1. Оказать «Заказчику» платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.3. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Предоставить «Потребителю» («Заказчику») достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать «Заказчика» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**3.2. «Заказчик» обязуется:**

3.2.1. Оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги по цене в порядке и сроки, определенные настоящим Договором.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

**3.3. «Потребитель» обязуется:**

3.3.1. Предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем» (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3..2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать «Исполнителю» (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с «Исполнителем» (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО **«Стоматология Доктора Трухманова»**, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.9.По требованию специалистов «Исполнителя» удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с планом диагностики и лечения, врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, наличия или отсутствия претензий к качеству оказанных услуг.

3.3.10. При возникновении связанных с лечением вопросов и/или осложнений, любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг, включая обращение и (или) непредвиденную госпитализацию в другую медицинскую организацию, незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу или администратору «Исполнителя» (8453) 54-20-25.

**3.4. «Исполнитель» имеет право:**

3.4.1.Самостоятельно определять характер диагностики и виды лечения, необходимые для «Потребителя»;

3.4.2. При необходимости в ходе предоставления услуги согласовать с «Потребителем» график приемов (посещений) в соответствии с планом лечения «Потребителя». В случае нарушения «Потребителем» согласованного графика, «Исполнитель» не несет ответственности за нарушение сроков предоставления услуг «Потребителю». График приемов (посещений) отражается в плане лечения, медицинской карте «Потребителя» или ином самостоятельном документе, согласованном с «Потребителем». «Исполнитель» вправе по согласованию с «Потребителем» (в том числе устно, по телефону) вносить изменения в график приемов (посещений), не меняя при этом общий срок предоставления услуг, установленный Договором.

3.4.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с «Потребителем» направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

**3.5. «Потребитель» имеет право:**

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

3.5.2. На отказ от получения медицинских услуг с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.5.3. На получение доступной, достоверной информации об «Исполнителе», о предоставляемой медицинской услуге;

3.5.4. На отказ от определенных 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 (**Приложение №4**).

**4**. **Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент оказания медицинской услуги. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, согласовываются с «Заказчиком» (Приложение № 2 к настоящему договору.)

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется «Заказчиком» путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» в день оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на р/счет «Исполнителя».

4.3. При наличии у «Заказчика» полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения «Заказчика» Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке «Заказчика» Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев). Обязательство по оплате лечения «Заказчика» Застрахованного сверх размеров страхового покрытия и лечения, не являющегося страховым случаем по программе добровольного медицинского страхования «Заказчика» Застрахованного лежит на «Заказчике».

4.4. Если пациент получает медицинские услуги в рамках договора с организацией-работодателем, то обязательство по оплате лечения пациента лежит на организации в рамках договора. Если пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные договором, пациент оплачивает их самостоятельно.

4.5. При наличии у «Заказчика» Карты корпоративного медицинского обслуживания, обязательства по оплате лечения «Заказчика» возлагаются на самого «Заказчика» в полном объеме, указанном в Карте корпоративного медицинского обслуживания в виде процентной скидки на услуги.

 **5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. «Потребитель» предупрежден, что сокрытие у него хронических и инфекционных заболеваний освобождает «Исполнителя» от ответственности в случае наступления осложнений, вызванных данными заболеваниями.

 5.4. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления «Потребителем» неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.5. «Исполнитель» не отвечает за не достижение функционального и клинического эффекта в случае, если «Потребитель» был предупрежден при поступлении на лечение о том, что такой эффект в его случае будет достигнут лишь после проведения полного курса лечения, однако полный курс лечения не был завершен «Исполнителем» по инициативе «Потребителя».

5.6. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Потребителем» («Заказчиком») условий настоящего Договора.

5.7. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, массовые волнения) возникших после заключения настоящего Договора и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, выполнение Договора прекращается в соответствии с действующим законодательством. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне настоящего Договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обязательств.

**6. Действие Договора**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до конца календарного года даты заключения настоящего Договора.

6.2. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.3. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон. Одностороннее изменение условий Договора не допускается, а, будучи допущенным любой из сторон признается не имеющим юридической силы.

6.4. Действие настоящего договора прекращается в случаях:

- ликвидации «Исполнителя»;

- принятия судом решения о признании договора недействительным;- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме по инициативе любой из них;

- отказа «Потребителя» после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ «Потребителя» от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется «Исполнителю», при этом «Потребитель» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.5. Во всех случаях расторжения Договора Стороны обязаны в течение 5 банковских дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего Договора, в том числе при необходимости по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему законодательству РФ.

**7.** **Порядок разрешения споров**

7.1. Все споры, возникающие по настоящему Договору, в процессе его исполнения рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. Если согласие не достигнуто, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Споры по договору решаются в досудебном порядке путем предъявления претензии администрации Клиники, в случае не достижения сторонами взаимоприемлемого согласия, передаются в суд.

7.3. Претензии Пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются «Исполнителем» в сроки, предусмотренные действующим Законодательством РФ. Претензии, касающиеся качества оказания платных медицинских услуг рассматривает главный врач, в сложных клинических случаях претензии Пациента рассматриваются врачебной комиссией Клиники. По результатам рассмотрения претензии сторонами подписывается Соглашение о досудебном урегулировании претензии **(Приложение №5).**

7.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**8.** **Конфиденциальность**

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

8.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация;
 - о ценах на услуги, оказываемые медицинской организацией,

- сведения о заболеваниях.

- обработка персональных данных;

- использование согласованных и разрешенных законодательством РФ медицинских технологий и иной интеллектуальной собственности медицинского учреждения.

8.3. «Потребитель» дает свое согласие на обработку «Исполнителем» информации, указанной в настоящем Договоре (а также иных персональных сведений, получаемых «Исполнителем» при исполнении настоящего договора, любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора, а также информирования «Заказчика» о сроках действия договора и иными целями).

**9. Прочие условия**

9.1. Ни одна из сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия на то другой Стороны.

9.2. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в т.ч. касающиеся положений настоящего Договора, требующих взаимного согласия сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

9.4. Стороны обязуются оперативно извещать друг друга об изменении адресов, банковских реквизитов, телефонов диспетчерских служб.

9.5. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Заказчика», третий – у «Потребителя», если «Заказчик» и «Потребитель» – одно и то же лицо, договор заключается в 2-х экземплярах.

9.6. После исполнения настоящего Договора «Исполнителем» выдаются «Потребителю» (законному представителю «Потребителя») медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

9.7. «Потребителю» («Заказчику») выдан на руки экземпляр Договора с приложениями.

«Потребитель» («Заказчик») подтверждает получение экземпляра договора на руки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(ФИО) (Подпись)*

**10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«Исполнитель»****ООО** **«Стоматология Доктора Трухманова»**Юридический адрес:413100, г. Саратовская область, г. Энгельс, ул. Волоха, д.15, АОГРН 1116449006068ИНН 6449062638КПП 644901001р/с 40702810656170002125в Саратовском отделении Сбербанка №8622, г. Саратовк/с 30101810500000000649БИК 046311649тел/факс (8452) 54-20-25Генеральный директор А.В. Трухманов**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** расшифровка подписи дата м.п. | **«Заказчик»****ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рожденияпаспорт (серия, номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан кем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (расшифровка подписи)Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **«Потребитель»****ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рожденияпаспорт (серия, номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан кем: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись) (расшифровка подписи)Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение №1 к Договору от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

**Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг.**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., зарегистрированный по адресу:

*(дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках Договора, желаю получить

 *(адрес места жительства Заказчика(Потребителя), либо законного представителя)*

платные медицинские услуги в ООО «Стоматология Доктора Трухманова» для потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО потребителя)**,** и даю информированное согласие (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ) на виды 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 МЗи СР РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – Перечень): на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию,, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, реовазографию, кардиотокографию (для беременных); УЗИ, ФГДС, ректороманоскопию, колоноскопию; МРТ, КТ, рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, пункции; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе в/в, в/м, п/к, в/к, в околосуставное пространство и внутрисуставно; физиотерапию, подводное вытяжение позвоночника, иглорефлексотерапию, мануальную терапию, медицинский массаж и лечебную физкультуру. Для получения первичной медико-санитарной помощи, для получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «Стоматология Доктора Трухманова» (выбрать нужное) медицинским работником

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(должность, ФИО медицинского работника)*

мне в доступной для меня форме разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, 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 ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (собрание законодательства РФ, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

**При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:**

1. Сотрудником ООО «Стоматология Доктора Трухманова» мне разъяснена возможность проведения медицинской услуги на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен (на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинской услуги, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг (проведении операции) и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Стоматология Доктора Трухманова» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Стоматология Доктора Трухманова». Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

6. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Стоматология Доктора Трухманова», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

7. Я понимаю необходимость проведения медицинской услуги и предупрежден (а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинской услуги может быть изменен врачами по их усмотрению.

8. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.

10. Я имел (а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.

11. Я принимаю и соглашаюсь с тем, что во время стоматологических услуг индивидуального плана лечения и после него возможны следующие осложнения: аллергические реакции или индивидуальная непереносимость материалов и назначенных лекарственных препаратов, дискомфорт, боль, кровотечение, отек (припухлость) десны и мягких тканей (могут сохранятся в течении нескольких дней), повреждение соседних зубов, пломб и ортопедических конструкций, снижение чувствительности онемение зубов, десны, щек, языка, губы в области оперированного участка, повреждение углов рта, перелом челюсти, вывих или подвывих нижней челюсти. Перфорация (открытие) дна верхнечелюстной пазухи и дна полости носа (возникает потребность в проведении дополнительной операции), оставление небольшого кусочка корня в лунке (для того чтобы избежать проведения обширной операции), ограничение открывания рта в течении нескольких дней или недель, отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, длительное онемение, снижение жевательной эффективности и косметическая недостаточность, боль при глотании. При снятии ортопедических конструкций коронок или мостовидных протезов): вывих, перелом, отлом части коронки, повреждение соседних коронок или зубов.

Против записи данных о проведенной медицинской услуге на информационные носители при условии сохранения врачебной тайны

 *возражаю/ не возражаю*

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (выбрать нужное)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО выбранного лица) (подпись) (ФИО «Заказчика»)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинскую услугу мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись «Заказчика» («Потребителя»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Подпись мед. работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата оформления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Приложение №3 к Договору об**

**оказании платныхмедицинских услуг**

**№ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО «Заказчика» («Потребителя») или законного представителя)*

проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес регистрации)*

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Стоматология Доктора Трухманова» (далее - Оператор) моих персональных данных и данных потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные осостоянии 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. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

«Заказчик» согласен на получение информации об оказываемых услугах посредством СМС-сообщения:

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими компаниями, Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Фондом обязательного медицинского страхования, органом статистической отчетности с использованием машинных носителей или по каналам связи и (ил) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну, без специального уведомления «Заказчика».

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стационарного больного) и составляет двадцать пять лет, пять лет - для медицинской карты амбулаторного пациента.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему представителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактный телефон представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(расшифровка подписи)*

**Приложение №4 к Договору об**

**оказании платныхмедицинских услуг**

**№ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

**Отказ от 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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.,

ФИО «Заказчика» («Потребителя») (дата рождения)

зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства «Заказчика» («Потребителя»), либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «Стоматология Доктора Трухманова» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – виды медицинских вмешательств):

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

 *(наименование вида услуг (медицинского вмешательства)*

Медицинским работником ООО «Стоматология Доктора Трухманова»

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

 *(должность, ФИО медицинского работника)*

в доступной 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) (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (ФИО медицинского работника )*

Дата оформления \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**СОГЛАШЕНИЕ**

 **о досудебном урегулировании спора**

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.

**ООО «Стоматология Доктора Трухманова»**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Генерального директора Трухманова Александра Валерьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

*(ФИО пациента)*

именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящее соглашение (далее соглашение) о нижеследующем:

1. На основании договора об оказании медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_, заключенного между «Исполнителем» и «Потребителем» «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года (далее – Договор), «Потребителю» были оказаны «Исполнителем» следующие медицинские услуги:

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

общей стоимостью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.

1. В связи с тем, что «Потребитель» посчитал оказанные услуги некачественными (не соответствующими условиям договора), «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. он предъявил претензию «Исполнителю» с требованием:
	1. устранить недостатки оказанных услуг / повторно оказать услуги / соразмерно уменьшить стоимость услуг / компенсировать расходы на устранение недостатков лечения в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_ коп.(нужное подчеркнуть) / расторгнуть Договор и возвратить денежные средства;
	2. выплатить ему: компенсацию морального вреда в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.
2. Стороны договариваются о прекращении всех обязательств «Исполнителя», вытекающих из Договора, в том числе из ненадлежащего (не соответствующего условиям договора), по мнению «Потребителя», оказания медицинских услуг по Договору в связи с тем, что «Исполнитель» по требованию «Потребителя» (выбрать нужное):
* Безвозмездно устраняет следующие недостатки оказанной медицинской услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* Производит уменьшение цены оказанной медицинской услуги. Новая цена по Договору с момента подписания Соглашения составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп. При этом разница между уплаченной «Потребителем» ранее суммой и новой ценой услуги будет выплачена «Потребителю» наличными денежными средствами в кассе «Исполнителя» *(возвращено на счет / платежную карту «Потребителя»)* в течение \_\_ дней с момента подписания настоящего Соглашения.
* Безвозмездно производит повторное оказание медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(перечислить услуги, оказываемые безвозмездно)*.
* Производит возмещение понесенных «Потребителем» расходов по устранению недостатков оказанной медицинской услуги своими силами или третьими лицами в размере: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_ коп.
* Производит возврат всех денежных средств, уплаченных «Потребителем» по Договору, в связи с отказом «Потребителя» от исполнения Договора.
* Предоставляет «Потребителю» взамен исполнения обязательств, вытекающих из предъявленных в претензии Потребителя требований, отступное в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.
* выплачивает «Потребителю» в счет компенсации морального вреда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.
1. «Потребитель», учитывая полное и добровольное удовлетворение «Исполнителем» требования о компенсации материального ущерба и морального вреда, подтверждает, что причиненный ему материальный и моральный вред «Исполнителем» полностью заглажен, претензий о каких бы то ни было дополнительных выплатах по отношению к уже выплаченной сумме не имеет.
2. Соглашение заключается при осознании сторонами фактической и юридической неоднозначности и спорности ситуации, возникшей в связи с исполнением «Исполнителем» своих обязательств по оказанию медицинских услуг «Потребителю».
3. Экспертиза качества оказания медицинских услуг не проводилась, «Потребитель» на проведении экспертизы не настаивает ввиду добровольного удовлетворения «Исполнителем» его требований.
4. Настоящее Соглашение подписывается каждой из Сторон при отсутствии какого-либо принуждения с чьей-либо стороны и не под влиянием заблуждения или обмана.
5. Стороны понимают и осознают сущность всех положений настоящего Соглашения, в том числе содержание своих обязательств и юридические последствия вступления в силу Соглашения.
6. При нарушении одной из Сторон условий настоящего Соглашения, другая Сторона имеет право взыскать с нарушителя убытки, причиненные неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательства.
7. Соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами.
8. С момента надлежащего исполнения условий настоящего Соглашения все обязательства «Исполнителя» перед «Потребителем», вытекающие из Договора, прекращаются. Никакие претензии со стороны «Потребителя» относительно качества оказанных медицинских услуг «Исполнителем» не рассматриваются.
9. Подписи сторон.

 «Исполнитель»: «Потребитель»:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/