**Уведомление пациента (потребителя)**

**ООО «Клиника Современной Медицины**» уведомляет Вас о том, что:

**1**. ООО «Клиника Современной Медицины» не является медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

**2**. 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 пациента (потребителя).

**С уведомлением ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(подпись) (Ф.И.О. пациента)**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Город Иваново** «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года

Медицинская организация ООО «Клиника Современной Медицины», Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ № **серия 37 № 001441362 от 24.03.2010,** выдано ИФНС России по г. Иваново, действующее в соответствии с **лицензией ЛО-37-01-001496 от 27 октября 2020 года**, выданная Департаментом здравоохранения Ивановской области (юр. адрес: г. Иваново, пр-т Шереметевский, д.1 , тел. горячей линии +7-4932-93-97-97), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Глика Михаила Вилленовича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин

(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения (число/месяц/год) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель», обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, связанные с оказанием стоматологической помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
2. Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту на основании его заказа, устанавливается в соответствии с лицензией Исполнителя, копия которой является Приложением № 1 к настоящему договору.
3. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, устанавливается действующим в день оказания услуги Прейскурантом «Исполнителя». Прейскурант Исполнителя, действующий в день оказания услуги, является Приложением № 2 к настоящему договору.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

1. Основанием для оказания услуги Пациенту является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ медицинской услуги должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме.

Документом, подтверждающим произведение Пациентом заказ услуги, объёма услуги и её стоимости, является контрольно-кассовый чек, который Исполнитель выдаёт Пациенту. Ответственность за сохранность контрольно-кассового чека и вину за негативные последствия утраты контрольно-кассового чека стороны возлагают на Пациента. Осуществление Пациентом оплаты медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и порядке оказания данной услуги, в том числе подтверждает обязанность Исполнителя оказания услуги, информированность Пациента о стоимости услуги, дате и времени оказания услуги, о работнике Исполнителя, оказывающего данную услугу, дачу Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, связанное с данной услугой.

1. В оговоренное с «Пациентом» время врач проводит консультацию «Пациента», устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом «Пациента». Если «Пациенту» кроме терапевтической санации требуется хирургическое, ортопедическое лечение, то для него составляется комплексный план лечения до оказания услуг. Необходимым условием исполнения договора является согласие «Пациента» с предложенным планом лечения, оформленное подписью «Пациента». Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что «Пациент» достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности объективных осложнений, связанных с особенностями течения заболевания и лечения, о характере и степени тяжести этих осложнений, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия «Пациента» на предложенное медицинское вмешательство.
2. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия «Пациента». Отказ «Пациента» от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением «Пациенту» последствий такого отказа.
3. Подписание        «Пациентом» информированного добровольного согласия подтверждает, что «Пациент» ознакомлен с процедурой оказания услуг и прейскурантом.
4. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией ООО «Клиника Современной Медицины».
5. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через регистратуру посредством телефонной связи или при личной явке.

Телефон регистратуры: 8(4932) 901-555, сот. 500-901.

1. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
2. Срок оказания услуги: в день осуществления оплаты, если иное не установлено соглашением сторон.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

1. Стоимость услуг, кроме ортопедических, определяется Исполнителем в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оказания услуги. Стоимость ортопедических услуг определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на день оформления протезной карты.
2. Оплата услуг (кроме ортопедических и ортодонтических) осуществляется по факту в день оказания услуг. Оплата ортопедических услуг осуществляется путем внесения аванса в размере не менее 50 (пятьдесят)% от суммы протезной карты в день ее оформления, окончательная оплата - в день завершения протезирования.
3. Оплата производится в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо по безналичному расчету: с использованием банковских карт или путем заключения по месту нахождения Исполнителя кредитного договора с банком.
4. Допускается оплата услуг за Пациента третьим лицом.
5. В случае направления Пациента на лечение организацией, работником (застрахованным) которой он является, и с которой у Исполнителя заключен договор возмездного оказания стоматологических услуг, оплата производится организацией по безналичному расчету в соответствии с договором, заключенным между Исполнителем и организацией.
6. Согласие Заказчика, Пациента на оказание медицинской услуги и факт её получения подтверждает согласие Заказчика, Пациента на оплату этой услуги.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

1. **Исполнитель обязуется:**
2. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
4. Провести качественное обследование полости рта «Пациента», а случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.
5. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также по требованию пациента сведения о квалификации и сертификации специалистов.
6. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.
7. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией в установленном порядке, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья .
8. Осуществлять обработку персональных данных в соответствии с п.6 и п.10 ФЗ РФ от 27.07.2006г. №152 "О персональных данных".
9. **Исполнитель вправе:**
10. Направлять Пациенту информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на контактный номер телефона Пациента.
11. **Пациент имеет право:**
12. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
13. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.
14. Получить выписки из Перечня медицинских услуг и Тарифа медицинских услуг Исполнителя, содержащие сведения об услугах, оплаченных Пациентом.
15. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий врач.
16. На отказ от медицинского вмешательства, который оформляется в письменном виде до начала медицинского вмешательства.
17. **Пациент обязуется:**
18. Заказчик, Пациент обязуются надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению, Заказчиком, Пациентом настоящего Договора.
19. Пациент обязан до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств и/или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание и/или лечение заболевания.
20. Соблюдать график приема врачей-специалистов.
21. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Клиника Современной Медицины».
22. Пациент обязуется заблаговременно информировать «Исполнителя» о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени оказания услуги, «Исполнитель» имеет право сократить время оказания медицинской услуги или перенос, или отмену срока получения услуги.
23. Пациент обязуется ознакомиться и соблюдать "Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО "Клиника Современной Медицины", находящимися в регистратуре в доступном месте.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

1. Исполнитель несет ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эксплуатации медицинского оборудования, методик лечения, профессиональной этики, ведения медицинской документации.
2. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанных услуг при несоблюдении Пациентом удовлетворительной гигиены полости рта, условий пп.3.3.3-3.3.6 настоящего Договора, возникновения осложнений, связанных с исправлением услуг, оказанных другой медицинской организацией, а также в случае прекращения оказания услуг по инициативе Пациента, когда лечение не завершено, или в случае осуществления лечения, не соответствующего Плану лечения, по требованию Пациента.
3. Пациент несет ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии здоровья, за выполнение профилактических и лечебных мероприятий, назначенных лечащим врачом, своевременное сообщение о возникших осложнениях, своевременную оплату услуг.

**6. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

1. При условии соблюдения Пациентом: удовлетворительной гигиены полости рта, выполнение всех рекомендаций и предписаний врача; посещение врачебного кабинета в назначенный срок; предоставление  точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о переносимых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом вне клиники лечении; информирование  при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения; предоставление выписки из медицинской карты и рентгеновских снимков из других лечебно- профилактических учреждений, в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью, Исполнитель устанавливает Пациенту следующие гарантийные сроки и сроки службы с момента оказания услуг:
2. На стоматологические услуги (кроме услуг, перечисленных в п.6.1.2) – 1 год.
3. На пломбы из химического композита, вкладки из пластмассы, коронки мостовидные протезы с облицовкой из пластмассы или композитного материала – 6 месяцев.
4. Моментом оказания услуг является день завершения лечения каждого зуба (окончательной фиксации ортопедических конструкций), о чем свидетельствует запись лечащего врача в медицинской карте.
5. Срок гарантии снижается на 50 (пятьдесят)% при невыполнении Пациентом условий п. 6.1. настоящего Договора, а также при наличии у Пациента патологии прикуса, заболевания пародонта, хронических заболеваний, сопровождающихся повышением кислотности желудочного сока или нарушением слюноотделения; приеме Пациентом наркотических, гормональных, психотропных, кислотосодержащих препаратов; проведении у Пациента лучевой или химиотерапии; при активном курении; при множественном разрушении зубов (более четырех кариозных или запломбированных зубов), связанном с профессиональным заболеванием.
6. В случае осуществления по требованию пациента лечения, не соответствующего плану лечения, срок гарантии составляет 1 месяц с момента оказания услуг.
7. Срок гарантии при протезировании на импланты определяется индивидуально в соответствии с конструкцией протеза и общим состоянием здоровья Пациента.

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении (врачебная тайна).
2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
3. Информацию о своем здоровье Пациент доверяет:

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.
2. Факт подписания данного договора означает согласие Пациента на обработку персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006 г. № 152 "О персональных данных"

**8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

1. Претензии о ненадлежащем качестве оказания медицинской услуги принимаются от Заказчика, Пациента в письменном виде в течение в порядке, установленном законодательством о защите прав потребителя.
2. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров.
3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством России "О защите прав потребителя" в суде по месту нахождения Исполнителя.

**9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

* 1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
	2. Срок действия: неопределенный.
	3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по желанию одной из сторон с уведомлением другой стороны за 30 дней до дня расторжения.
	4. Настоящий договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон.

**10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:Общество с ограниченной ответственностью«Клиника Современной Медицины»Юридический адрес: 153013, г.Иваново, ул. Куконковых, д.142,Почтовый адрес: 153013, г.Иваново, ул. Куконковых, д.142Тел. 8(4932) 923-555ИНН 3702613035/КПП 370201001, ОГРН 1103702006891р/с 40702810602000057425, к/с 30101810300000000760, БИК 047888760, Ярославский филиал ПАО «Промсвязьбанк» г. ЯрославльДиректор ООО «Клиника Современной Медицины»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Глик М.В. | Пациент:Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\* Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у «Заказчика (Пациента)»

 \*Я хочу получать информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на вышеуказанный номер телефона

 Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*Я не хочу получать информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на вышеуказанный номер телефона

Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_