# Уважаемый Потребитель!

# ООО «Вивадент» (Исполнитель) обязано уведомить Вас, что:

# - Подписание настоящего Договора Потребителем означает, что Потребитель в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» дает согласие на обработку персональных данных, указанных в настоящем Договоре, в порядке, предусмотренном действующим законодательством, и вправе отозвать данное согласие в любое время.

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

г. Калининград «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Общество с ограниченной ответственностью «Вивадент» (ООО «Вивадент»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,в лице директора Макаровой Ангелины Владимировны, действующей на основании Устава

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

«Потребитель/Заказчик», при совместном упоминании именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем

# 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в объеме, сроки и с качеством, соответствующим условиям настоящего договора, на основании действующего Прейскуранта платных медицинских услуг, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и в сроки, установленные настоящим договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Заказчика (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ. ФЗ  №323 от21.11.2011г. «Об   основах   охраны   здоровья   граждан   в   Российской Федерации», статья 20.

1.3. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-39-01-000949 от 30.08.2013 г. (действует бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Калининградской области. (236006, г. Калининград, Московский проспект, 95, тел. 8 (4012) 465-311, тел. «горячей линии» 8 (4012) 46-53-34). Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией:

-осуществление доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии.

-осуществление амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

1.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.5. Подписание настоящего Договора Потребителем означает, что до его заключения Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.1.6. Платные медицинские услуги по настоящему Договору осуществляются в соответствии с графиком работы Исполнителя и конкретного медицинского работника, при наличии свободного времени для записи, в порядке предварительной записи Потребителя на приём посредством телефонной связи или через сайт Исполнителя [www.vivadent39.ru](http://www.vivadent39.ru) . Консультативные услуги могут оказываться по записи в день обращения, исходя из загруженности приема врача. В случае опоздания Потребителя на приём более чем на 15 минут от назначенного времени, для исключения ущемления прав других пациентов, Исполнитель оставляет за собой право отменить запись Потребителя на приём и по согласованию с ним перенести приём на другой день.

1.7. Сроки оказания Услуг определяются врачом Исполнителя в зависимости от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Потребителя и не могут быть заранее точно определены, в связи, с чем возможна их корректировка по согласованию Сторон. Приблизительные сроки фиксируются в Комплексном Плане Потребителя.

1.8. Экстренная медицинская помощь оказывается Потребителю в течение 30 минут с момента обращения в медицинскую организацию. Неотложная медицинская помощь оказывается Потребителю в течение 2-х часов с момента обращения в медицинскую организацию. Плановая первичная медицинская помощь оказывается Потребителю в течение 1 месяца с момента обращения в медицинскую организацию, в том числе по телефону по предварительной записи на прием.

**2.Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.4. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации.

2.1.5. В медицинской карте Потребителя определить объем, сроки и ориентировочную стоимость необходимых платных медицинских услуг в соответствии с имеющимся у Потребителя диагнозом, на основании чего оформить «Карту посещения» или «Заказ-наряд» (при оказании ортопедической помощи) на выполнение работ с указанием объема, вида, сроков и стоимости услуг. Консультация, а также мероприятия по подготовке полости рта к протезированию в срок оказания платных медицинских услуг не входят.

2.1.6. Предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.7. После исполнения Договора бесплатно выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделий.

2.1.8 Выдать Потребителю чек-квитанцию, подтверждающую произведенную им оплату за оказанные услуги, а так же, по запросу Потребителя, Акт приемки услуг ( Карту посещения).

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения: графика прохождения процедур, осмотров; режима при приеме лекарственных препаратов; назначений, рекомендаций специалистов; правил внутреннего распорядка лечебного учреждения; правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения. Приостановить оказание платных медицинских услуг при наличии задолженности по оплате.

2.2.4. Произвести замену медицинского работника, оказывающего Услуги Потребителю, в следующих случаях:

- болезнь, отпуск медицинского работника; - психологическая несовместимость Потребителя и медицинского работника; - по личной просьбе Потребителя.

**2.3 Потребитель обязуется:**

2.3.1.До заключения Договора и начала оказания Услуг заполнить «Анкету пациента», предоставив Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2.Ознакомиться и подписать необходимые «Информированные добровольные согласия» на проведение

Лечебно-диагностических медицинских вмешательств и процедур. При отказе от медицинского вмешательства подписать соответствующий Отказ по установленной форме Исполнителя.

2.3.3. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей.

.2.3.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы Исполнителя и графики приёма врачей.

2.3.6. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

**2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

2.4.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

2.4.3. Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

**3. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов.**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется, исходя из согласованного с пациентом Комплексного плана лечения, в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. Пациент проинформирован и согласен, с тем, что стоимость медицинских услуг, указанных в Комплексном плане, согласованная с ним после консультации, является предварительной и не включает стоимость скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Окончательная стоимость определяется в процессе лечения или по окончании лечения.

3.2. Оплата услуг по Договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя в день оказания платных медицинских услуг. При оказании ортопедических или отдельных ортодонтических услуг, Потребитель (Заказчик) осуществляет предоплату услуг Исполнителя в сумме не менее 30% от стоимости оказываемых услуг. Остаточная сумма Потребителем вносится не позднее дня приема, до их фактического завершения Исполнителем.

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг – контрольно-кассовый чек.

3.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять платные медицинские услуги. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент подписания дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, в том числе не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю (Заказчику) услуг, предусмотренный настоящим договором сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.6. Исполнитель по обращению Потребителя (Заказчика) выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя (заказчика) на оказанные медицинские услуги: копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.7. В случае отказа Потребителя от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления после заключения Договора Договор расторгается по инициативе Потребителя, при этом с Потребителя удерживается сумма за оказанные Услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

# 4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

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

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.2.3.1.настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п.2.3.3. . настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

# 5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**6.Срок действия Договора.**  
6.1. Настоящий Договор вступает в силу и считается заключенным с момента подписания его обеими Сторонами и действует в течение одного года с момента его заключения.  
6.2. Если Договор не будет прекращен (расторгнут) по основаниям, предусмотренным действующим законодательством или настоящим Договором, то данный Договор автоматически пролонгируется на тот же срок, указанный в пункте 6.1 Договора и на тех же условиях.  
6.3. В случае одностороннего отказа Потребителя от настоящего Договора Потребитель обязан проинформировать об этом Исполнителя не позднее, чем за 14 дней до такого отказа, заполнить Приложение № 3 к настоящему Договору и полностью оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные последним в связи с исполнением настоящего Договора, в том числе – оплатить задолженность за оказанные Исполнителем Услуги, если таковая имеется.

**7. Заключительные положения**

7.1. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация: о предоставлении платных медицинских услуг (пост. Правительства РФ №736 от 11.05.2023г), информация о медицинских работниках, участвующих в оказании Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о предоставляемых гарантиях (Положение о гарантиях), о стоимости Услуг (Прейскурант).

7.2. Подписанием настоящего договора Потребитель подтверждает, что в письменной форме уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.3. Стороны, в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ, согласовали возможность использования факсимиле подписи уполномоченного лица Исполнителя для подписания настоящего Договора и документов, необходимых для его исполнения.

7.4. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй –

у Потребителя/Заказчика.

**8.Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Общество с ограниченной ответственностью «Вивадент» (ООО «Вивадент»)  Адрес местонахождения:  236022, г. Калининград, Гвардейский пр-т, д.15.  тел. 8(4012)57-61-21, 8(911) 460 95 93  е-mail: [vivadent39@mail.ru](mailto:vivadent39@mail.ru)  http:// vivadent39.ru  ИНН 3906221156 КПП 390601001  ОГРН1103925022442 выдано 30.07.2010г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по г. Калининграду, адрес: г.Калининград, ул. Дачная,д. 6.  Р/с 40702810720000005496  БИК 042748634  КАЛИНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8626 ПАО СБЕРБАНК  Кор/с 30101810100000000634  Директор ООО «Вивадент»:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Макарова А**.**В. | **Потребитель:**  Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Заказчик (законный представитель**  **несовершеннолетнего):**  Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |