

***Уважаемый Клиент!***

Во исполнение пункта 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006), до заключения договора оказания платных медицинских услуг, ООО «Солнце» уведомило Клиента (законного представителя)

---

о том, что в соответствии с п. 3. Ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. В связи с чем, уведомляем Вас 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

Клиникой доведена до сведения Клиента информация о порядке оказания медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ. Заключая настоящий договор, Клиент проинформирован о том, что имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; что при определении размера налоговой базы Заказчик имеет право на получение социальных налоговых вычетов в соответствии со ст.219 п.3 Налогового кодекса РФ в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению Пациента, предоставленные Заказчику Исполнителем.

Уведомление получил(а), ознакомлен(а)

Клиент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.  
(законный представитель)

**Договор на оказание платных стоматологических услуг**

г. Хабаровск «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. клиента) действующий(ая) от своего имени

(Законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – *подчеркнуть*) \_\_\_\_\_ года рождения),

(Ф.И.О. несовершеннолетнего) именуемый(ая) в дальнейшем «Клиент», с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Солнце»**. (Юридический адрес 680013, г. Хабаровск, Рабочий городок, 140, зарегистрировано ИФНС по Центральному

району г. Хабаровска 09.07.2014г., ОГРН 1132723006690), в лице директора Росляковой Ирины Пименовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Клиника», с другой стороны, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Клиника обязуется оказать Клиенту стоматологические услуги, перечень которых определяется Сторонами в Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора, а Клиент обязуется оплатить стоимость оказываемых услуг в установленном настоящим договором порядке.

1.2. Оказание стоматологических услуг осуществляется на основании **лицензии № ЛО-27-01-001530 от 09.07.2014г. (срок действия: бессрочно)**, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края на осуществление медицинской деятельности в соответствии со следующим перечнем 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: анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, сестринскому делу, стоматологии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической,*

*Адрес места нахождения лицензирующего органа: 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32 Телефон лицензирующего органа: 8 (4212) 40-23-22.*

1.3. Место оказания услуг: Стоматологическая студия «Де Люкс», 680023, г. Хабаровск, ул. Краснореченская, 193.

## 2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг определяется Клиникой на основании утвержденного Прейскуранта. Предварительно определенная Клиникой стоимость услуг указывается в Плане лечения. Согласованием Плана лечения является подписание его обеими Сторонами. Все дополнительные действия, вносящиеся в план лечения, путем составления нового плана с учетом изменений и оплачиваются Клиентом по расценкам утвержденного Прейскуранта Клиники. Окончательная стоимость услуг указывается в Акте оказанных услуг. Прейскурант цен размещается на сайте Клинике: **stom-deluxe.ru**, а также на стойке администратора.

2.2. Клиент обязан оплатить услуги после каждого приёма у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего Прейскуранта.

2.3. Если план лечения предусматривает проведение протезирования, такие работы оплачиваются следующим образом: 30% стоимости работ – предоплатой (предоплату Клиент обязан внести до начала протезирования, в день согласования Сторонами объема и

стоимости указанных видов работ); 70 % стоимости работ – в день установки протеза (протезов).

2.4. Оплата производится наличными рублями в кассу, либо на расчетный счет Клиники, указанный в настоящем договоре.

### **3. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Клиника обязуется оказать стоматологические услуги в срок, указанный в Плане лечения. В зависимости от объема и сложности услуг, указанных в плане лечения, срок оказания услуг составляет от 3 (трех) месяцев до 3 (трех) лет. Сроки по каждому этапу лечения, являются приблизительными и определяется врачом на каждом посещении.

3.2. В том случае, если планом лечения предусмотрено несколько видов стоматологических услуг, сроки их оказания не суммируются, а исчисляются по каждой услуги отдельно.

3.3. Клиника не несет ответственности за нарушение сроков оказания стоматологических услуг, если причиной их нарушения явилось неисполнение либо ненадлежащее исполнение Клиентом условий настоящего договора (неоплата либо несвоевременная оплата оказываемых Исполнителем услуг, неоднократная неявка на прием в согласованное Сторонами время т.п.).

3.4. Медицинские услуги оказываются Клиенту по предварительной записи на прием по телефону или у администратора, а в порядке исключения - вне установленной очереди.

### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

#### **4.1. Клиника обязуется:**

4.1.1. Провести в заранее согласованное с Клиентом время собеседование и обследование Клиента для установления предварительного диагноза и объема необходимых стоматологических услуг;

4.1.2. Результаты обследования, диагноз и план лечения отразить в амбулаторной карте;

4.1.3. Ознакомить Клиента с вариантами лечения и прейскурантом, составить и подписать план лечения;

4.1.4. Обеспечить оказание Клиенту услуг надлежащего качества;

4.1.5. Своевременно ставить Клиента в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема, срока оказываемых услуг и возможных осложнениях;

#### **4.2. Клиника имеет право:**

4.2.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в Клинике условиями.

4.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, в случае, если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни;

4.2.3. Отказаться от оказания услуг Клиенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, при наличии противопоказаний к лечению, в том числе, в амбулаторных условиях и по иным причинам, предусмотренным действующем законодательством.

4.2.4. Приостановить оказание услуг, если Клиент не исполняет либо исполняет ненадлежащим образом свои обязательства по настоящему договору;

4.2.5. Отказаться Клиенту в гарантийном обслуживании, если выявленные Клиентом недостатки оказанной услуги были устранены в другой медицинской организации.

4.2.6. В случае неявки Клиента без уважительной причины и без уведомления Клиники в сроки, указанные в листе назначений, Клиника вправе расторгнуть настоящий договор.

4.2.7. Не приступать к выполнению работ без их оплаты Клиентом (при наличии задолженности за оказанные услуги) в полном объеме согласно условиям Договора.

4.2.8. Отказаться Клиенту в оказании услуг в случаях: когда оказание медицинских услуг не предусмотрено Прейскурантом; когда услуга временно не производится; при выявлении у Клиентом заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях; в случае несоблюдения и невыполнения Клиентом рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги; в случае неполучения от Клиента добровольного информированного согласия на оказание услуги.

4.2.9. Изменить стоимость услуг в одностороннем порядке путем утверждения Прейскуранта цен, без предварительного уведомления Клиента.

4.2.10. Привлекать при выполнении работ и оценки ее результатов экспертов и специалистов в соответствующей области.

4.2.11. Назначать лечащего врача, при отсутствии лечащего врача по объективным причинам (болезнь, отпуск и т.п.) назначить другого врача для продолжения лечения Клиента.

### 4.3. **Клиент обязуется:**

4.3.1. Предоставить Клинике полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Всю ответственность за последствия непредставления либо предоставления неполной или недостоверной информации о состоянии своего здоровья несет Клиент.

4.3.2. Своевременно сообщать Клинике обо всех изменениях в состоянии здоровья, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

4.3.3. Являться на прием в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием в согласованное ранее время, Клиент обязан предупредить Клинику об этом не менее, чем за 12 часов.

4.3.4. Выполнять все указания лечащего врача, содержащиеся в амбулаторной карте.

4.3.5. Соблюдать гигиену полости рта.

4.3.6. Производить оплату услуг в соответствии с условиями настоящего договора.

4.3.7. Являться на профилактические осмотры в период гарантийного срока и после него в следующем порядке: при заболевании кариесом – 2 раза в год, при заболеваниях тканей пародонта – 4 раза в первый год после лечения и 2 раза в год – в последующие годы.

4.3.8. В случае невозможности оказания стоматологической услуги, возникшей по вине Клиента (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых предписаний/рекомендаций, иных действий или бездействий), оплатить фактически понесенные клиникой расходы.

4.3.9. В случае возникновения у Клиента осложнений или каких-либо недостатков после оказания медицинской помощи немедленно обратиться в Клинику, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. В противном случае Клиника не несет ответственности за оказанные им услуги, и случай признаётся не гарантийным.

#### **4.4. Клиент имеет право:**

4.4.1. Получать полную и достоверную информацию о проводимом лечении;

4.4.2. Немедленно обращаться в клинику в случае появления любых осложнений при оказании стоматологической услуги (воспаление, боль, отек и т.д., в том числе сообщать по телефону);

4.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Клинике объема оказанных к моменту отказа услуг.

4.5. Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации

### **5. КАЧЕСТВО УСЛУГ**

5.1. Гарантийные сроки устанавливаются Клиникой в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. С Положением о гарантийных обязательствах можно ознакомиться на стойке администратора Клиники или на сайте : **www.admin@stom-deluxe.ru**, 5.2. Гарантийные обязательства предоставляются Клиникой при выполнении Клиентом условий настоящего Договора, и строгом выполнении всех рекомендаций и предписаний врача; соблюдении правил гигиены полости рта; посещении врачебного кабинета для профилактического осмотра в назначенный срок; обращении в Клинику в случае дискомфорта в области проведенного лечения; выполнении всего плана лечения, согласованного с врачом.

5.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.4. Клиника принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах.

### **6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством Российской Федерации.

6.1.1 Неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, вызванное чрезвычайными и непредотвратимыми при данных условиях обстоятельствами (непреодолимой силой), не влечёт ответственности стороны, не исполнившей либо ненадлежащим образом исполнившей свои обязательства. Обстоятельствами непреодолимой силы Стороны также считают осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя, вероятность которых, не могут полностью исключить используемые методы диагностики, лечения и технологии

6.2. Все споры и разногласия, могущие возникнуть в связи с исполнением настоящего договора, Стороны обязуются рассматривать в

обязательном претензионном порядке. Срок рассмотрения претензий не может **превышать 10 дней с момента** предъявления претензии. По соглашению Сторон устанавливается договорная подсудность рассмотрения споров судом общей юрисдикции – по месту нахождения Клиники.

6.3. В случае несвоевременной оплаты Клиентом оказанных услуг, Клиника имеет право начислить неустойку в размере 0,03 % от суммы задолженности, за каждый день просрочки исполнения обязательства об оплате.

## **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Клиника несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг, достаточных и адекватных состоянию Клиента на момент обращения.

7.3. Клиника не несет ответственности за результаты и качество оказания медицинских услуг в случаях

- несоблюдения Клиентом требований, необходимых для организации лечебного процесса, и рекомендаций по лечению;

- несвоевременного сообщения Клиентом/Законным представителем о возникших изменениях в состоянии его здоровья;

- прекращения (незавершения) лечения Клиентом по его инициативе.

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

При установлении факта ненадлежащего исполнения Клиникой обязательств по договору по соглашению Сторон возможно:

- назначение нового срока оказания услуги;

- уменьшение стоимости предоставленной услуги;
- повторное исполнение услуги другим специалистом;
- расторжение договора.

7.5. Клиент несет ответственность:

- за достоверность и полноту предоставленной информации о Клиенте;
- за выполнение требований и рекомендаций врача.
- за своевременность и полноту оплаты медицинских услуг, предоставленных Клиенту.

## **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1. Подписание Клиентом настоящего договора означает, в том числе, дачу им согласия на обработку Клиникой всех персональных данных, предоставляемых Клиентом в связи с заключением и исполнением настоящего договора, а так же передачу страховым компаниям таких данных в случае оказания стоматологических услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленных в страховых компаниях, с которыми Клиника имеет действующие договоры.

7.2. Договор заключается на один год и вступает в силу с момента подписания его сторонами. Действие договора продлевается каждый раз на следующий период, равный первоначальному сроку действия Договора, если за 10 (десять) календарных дней до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявит письменно о прекращении его действия.

В случае если план лечения предусматривает период лечения более года (например: п. 3.1.1 договора), договор действует до полного исполнения сторонами обязательств в соответствии с планом, при отсутствии заявлений сторон о его прекращении.

7.3. Медицинская карта Клиента существует в единственном экземпляре и хранится в Клинике. Выдача выписок из медицинской карты, осуществляется Клиникой по письменному заявлению Клиента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

7.4. Договор, может быть, расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств. В случае отказа Клиента после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор считается расторгнутым в одностороннем порядке. Клиника информирует Клиента о расторжении договора, при этом Клиент оплачивает Клинике фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. Уведомление о расторжении договора может быть отправлено по адресу электронной почты, указанному в реквизитах.

7.5. Настоящий договор в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника

ООО «Солнце»

Юридический адрес: 680013, г.  
Хабаровск, Рабочий городок 140

Почтовый адрес: 680023, г. Хабаровск,  
ул. Краснореченская, 193 оф. 2

ИНН 2723165921, КПП 272301001

ООО «Банк Точка»

БИК: 044 525 104

Расчётный счёт:  
4070 2810 1022 7000 3844

Корсчёт:  
3010 1810 7453 7452 5104

Тел. (4212) 20-15-10; 45-99-68

\_\_\_\_\_/Директор Рослякова И. П./

Клиент (законный представитель)

ФИО \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

кем выдан

\_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта:

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, выражаю свое согласие на осуществление обработки (сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование) автоматизированным способом своих персональных данных (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты рождения, адреса проживания (регистрации), номера телефона, информации о месте работы и должности) в целях исполнения договора на оказание (согласно ст. 9 Закона № 152-ФЗ от 27.07.2006г. "О персональных данных"), а также на передачу информации о моем лечении в Клинике, экспертам и специалистам соответствующей области.

Я, \_\_\_\_\_, выражаю свое согласие на получение информации о новых методах лечения и услугах предоставляемых клиникой,

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю что ознакомлен с Положением о гарантийных обязательствах и Прейскурантом стоимость услуг предоставляемых клиникой. В случае оказания стоматологических услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленным в страховых компаниях с которыми Клиника имеет действующие договоры (соглашения), выражаю свое согласие на передачу моих персональных данных указанным страховым компаниям. Подпись \_\_\_\_\_