

## **Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендации врача) при оказании платных медицинских услуг.**

В соответствии с пунктом 24 раздела IV Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации №736 от 11.05.2023г., подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня 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 моего здоровья.

Также я подтверждаю, что при заключении настоящего Договора мне предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Я уведомлен о том, что в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 "О защите прав потребителей" Исполнитель вправе отказаться от исполнения заключенного со мной договора на оказание стоматологических услуг и потребовать полного возмещения убытков если я, несмотря на своевременное и обоснованное информирование меня Исполнителем, в разумный срок не изменю не устраню обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой мне услуги.

**Пациент /Законный представитель** \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

**Подпись**

**Ф.И.О.**

### **ДОГОВОР на оказание стоматологических услуг**

**г. Казань**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника «Рокада-Мед» (адрес места нахождения: Казань, ул.Петербургская, д.26, ОГРН 1051622034155 выдан 21 марта 2005 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службой № 14 по Республике Татарстан (420111, г. Казань, ул. Театральная д.13а, (843) 235-08-00), имеющее бессрочную лицензию № Л041-01181-16/00288740 от 15.08.2013г., выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, +7 (499) 578-02-20) на осуществление медицинской деятельности:

- при оказании первичной 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, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

- при проведении медицинских осмотров и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам

профилактическим; при проведении медицинских экспертиз: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи,

в лице Администратора \_\_\_\_\_ действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,

1) и \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
дата рождения(число/месяц/год) \_\_\_\_\_,  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу : \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_,  
адрес для отправки документации в соответствии с п.3.1.15 настоящего договора именуемый(ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны,

2) и \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. законного представителя)  
паспорт:серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_,  
адрес для отправки документации в соответствии с п.3.1.15 настоящего договора именуемый в дальнейшем "**Заказчик**", являющийся законным представителем  
(родитель/усыновитель/опекун/попечитель)

и действующий в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О ребенка) зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_,  
именуемого в дальнейшем "**Пациент**", с другой стороны,

3) и \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)  
паспорт:серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_,  
адрес для отправки документации в соответствии с п.3.1.15 настоящего договора именуемый в дальнейшем "**Заказчик**", и действующий в интересах \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)  
дата рождения \_\_\_\_\_  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_,  
именуемого в дальнейшем "**Пациент**", с другой стороны,

4) и \_\_\_\_\_,  
(наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)  
расположенное \_\_\_\_\_ по  
адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ИНН \_\_\_\_\_,  
ОГРН/ОГРНИП \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ лице  
\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность)  
действующего на основании \_\_\_\_\_, адрес  
для отправки документации в соответствии с п.3.1.15 настоящего договора  
\_\_\_\_\_  
именуемый в дальнейшем "Заказчик", и действующий в интересах  
\_\_\_\_\_, дата рождения  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)  
\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
зарегистрированного(ой) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_  
именуемого в дальнейшем "Пациент" либо сотрудников организации Заказчика, указанных в  
Приложении № 4 к настоящему договору, являющемуся неотъемлемой частью настоящего  
Договора, именуемых в дальнейшем «Пациенты», с другой стороны,  
  
совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе стоматологические услуги, а Заказчик/Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Сутью оказываемых по договору услуг является выполнение Исполнителем действий по оказанию стоматологической помощи, перечисленных в согласованном с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом Плане лечения, являющемся неотъемлемой частью медицинской карты, который составляет лечащий врач.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

## 2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. В оговоренное с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом время врач проводит собеседование и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Заказчика (законного представителя)/Пациента. По результатам осмотра врач составляет План лечения, определяя необходимый для выполнения набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя и отражает его в медицинской карте Пациента, которая является неотъемлемой частью настоящего договора и хранится у Исполнителя.

2.2. Необходимым условием исполнения настоящего договора является согласие Заказчика (законного представителя)/Пациента с предложенным Планом лечения, что подтверждается подписью Заказчика (законного представителя)/Пациента. План лечения может быть откорректирован в процессе лечения Пациента и должен быть письменно согласован с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом.

Стороны договорились, что при проведении медицинских манипуляций Заказчик (законный представитель)/Пациент уведомляется Добровольным информированным согласием (Приложение № 3 к настоящему Договору), в котором в доступной форме и в полном объеме получает информацию о

состоянии здоровья Пациента, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия Заказчика (законного представителя)/Пациента на предложенное медицинское вмешательство.

Отказ от лечения оформляется в медицинской карте под роспись Заказчика (законного представителя)/Пациента.

2.3. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить План лечения и оказать Пациенту дополнительные стоматологические услуги, то они выполняются с предварительного письменного согласия Заказчика (законного представителя)/Пациента. Отсутствие согласия на проведение дополнительных лечебных манипуляций, связанных с медицинскими показаниями, является основанием к приостановлению лечения.

2.4. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом) в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя в соответствии с согласованным Планом лечения.

2.5. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и доводятся до сведения Заказчика/Пациента на сайте и информационных стендах Исполнителя. Услуги оказываются по записи в день обращения, исходя из конкретной клинической ситуации Пациента и с учетом материально-технической возможности у Исполнителя, загруженности приема врача, а также с учетом согласованного с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом Плана лечения.

2.6. Заказчик/Пациент подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом на услуги Исполнителя до заключения настоящего договора. Действующий Прейскурант располагается в общедоступном месте Клиники и размещается на официальном сайте <http://clinic.rocadamed.ru/>

2.7. В случае непредвиденного отсутствия врача в день назначенного приема, а также в случае возникновения других чрезвычайных обстоятельств (форс-мажор), администратор Исполнителя предупреждает об этом Заказчика (законного представителя)/Пациента при первой возможности по контактному телефону, указанному Заказчиком (законным представителем)/Пациентом в настоящем договоре.

2.8. На момент оплаты фактически оказанной услуги стороны подписывают Акт об оказанных услугах (если Заказчиком является юридическое лицо) или квитанции (если Заказчиком/Пациентом является физическое лицо) (далее- акт/квитанция). Акт/Квитанция является документом, подтверждающим надлежащее оказание Пациенту услуг в согласованном сторонами объеме. Акт/Квитанция составляется и подписывается в 2-х экземплярах в день окончания оказания соответствующих услуг Пациенту. В случае отказа от подписания Заказчиком/Пациентом указанных Акта/квитанции в день окончания оказания соответствующих услуг, Исполнитель высылает Акт/квитанцию по адресу, указанному в разделе 10 настоящего Договора, а Заказчик/Пациент обязан подписать Акт/квитанцию в срок, не позднее 3 ( трех) дней с момента получения и передать подписанный Акт/квитанцию ( один экземпляр) Исполнителю или направить письменный мотивированный отказ от подписания в тот же срок. Несовержшение Заказчиком/Пациентом указанных действий в установленный срок означает, что Заказчик/Пациент принял оказанные услуги в полном объеме и без претензий, а Исполнитель оказал услуги в полном объеме и надлежащим образом.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Права и обязанности Исполнителя:

3.1.1. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг Исполнитель обязан использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению на территории Российской Федерации в установленном законом порядке.

3.1.2. Исполнитель обязан провести качественное обследование зубов и десен Пациента и, в случае необходимости, предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

3.1.3. По результатам обследования Исполнитель обязан предоставить Заказчику (законному представителю)/Пациенту по его требованию и в доступной для него форме полную и достоверную

информацию о состоянии его зубов и десен, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное Пациенту медицинское изделие.

3.1.4. Исполнитель обязан составить и согласовать с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом План лечения, профилактических мер с учетом итогов обследования, и перечень конкретных медицинских мероприятий.

3.1.5. Исполнитель обязуется информировать Заказчика (законного представителя)/Пациента о противопоказаниях и возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования, операции в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента.

3.1.6. Исполнитель обязан определить для Пациента гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги, объяснив условия, при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются.

3.1.7. Исполнитель обязан информировать Заказчика/Пациента о стоимости услуги с учетом проведенного обследования в соответствии с согласованным Планом лечения и профилактики; выдать Акт/квитанцию на оплату услуг.

3.1.8. Исполнитель обязан обеспечить качественное оказание стоматологических услуг в рамках согласованного Плана лечения в соответствии с медицинскими показаниями. Качественное оказание стоматологической услуги обеспечивается применением высококачественных инструментов и материалов, современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

3.1.9. Исполнитель обязуется информировать Заказчика (законного представителя)/Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, а также о правилах пользования зубными протезами и ортодонтическими аппаратами.

3.1.10. В случае оказания услуг, оформляемых заказ-нарядом, Исполнитель оформляет заказ-наряд в трех экземплярах, один из которых предоставляется Заказчику/Пациенту.

3.1.11. Соблюдать конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах (Приложение №1).

3.1.12. Срок оказания медицинских услуг зависит от составленного Плана лечения и выполняется с учетом этого в разумные согласованные сторонами сроки.

3.1.13. В процессе оказания медицинской стоматологической помощи Исполнитель ведет фото/видео съемку клинической ситуации в полости рта Пациента и всех этапов оказания услуг с согласия Заказчика (законного представителя)/Пациента, о чем подписывается Приложение №2 к настоящему договору.

3.1.14. По требованию Заказчика/Пациента Исполнитель обязан предоставить копию лицензии на осуществление медицинской деятельности, выписку из ЕГРЮЛ об Исполнителе.

3.1.15. По запросу Заказчика (законного представителя)/Пациента Исполнитель обязан предоставить Заказчику (законному представителю)/Пациенту без взимания платы медицинскую документацию в отношении Пациента в порядке, утвержденным Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

3.1.16. По обращению Заказчика/Пациента Исполнитель выдает ему следующие документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика/Пациента на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.2. Права и обязанности Заказчика/Пациента:

3.2.1. В целях заполнения Исполнителем унифицированных форм медицинской документации Заказчик (законный представитель)/Пациент обязан предоставить Исполнителю паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а также необходимую для Исполнителя достоверную информацию о состоянии своего здоровья (либо состоянии своего ребенка или недееспособного лица, в интересах которого заключен настоящий договор), о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся у него аллергических реакциях и противопоказаниях, и иные сведения, необходимые Исполнителю в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Федеральный закон от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"

3.2.2. Пациент обязан строго соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, правила поведения Заказчика/Пациента в клинике Исполнителя.

3.2.3. Пациент обязан своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительной причине незамедлительно предупредить об этом Исполнителя не менее, чем за один час до начала приема, позвонив администратору Исполнителя по телефону: 5-706-876.

В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному для получения услуги Пациенту времени, стороны согласовывают новый срок оказания услуги Пациенту.

3.2.4. Заказчик (законный представитель)/Пациент обязан удостоверить личной подписью в медицинской карте следующее:

- сообщенные сведения о здоровье Пациента;
- факт ознакомления и согласия с Планом лечения;
- факт ознакомления с назначениями и рекомендациями;
- факт ознакомления с возможными осложнениями в ходе лечения (Информированное добровольное согласие);
- факт ознакомления с информированным добровольным согласием на рентгенологическое обследование;
- факт отказа от медицинского вмешательства.

3.2.5. Заказчик/Пациент обязуется подписать полученные Акт/квитанцию на оплату услуг и своевременно оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора; просрочка оплаты услуг не допускается.

3.2.6. Заказчик (законный представитель)/Пациент обязуется до начала каждой процедуры медицинского вмешательства подписывать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.2.7. Заказчик/Пациент обязуется в случае оформления Исполнителем заказ-наряда на услуги подписывать заказ-наряд в день открытия Исполнителем заказ-наряда.

3.3. Заказчик (законный представитель)/Пациент имеет право на выбор медицинского учреждения (в том числе на бесплатное оказание услуг в соответствующих клиниках по полису ОМС), на выбор лечащего врача из числа медицинского персонала клиники Исполнителя.

3.4. Заказчик/Пациент имеет право направить Исполнителю обращение (жалобу). Адрес электронной почты для приема обращений (жалоб) указан в разделе 10 настоящего договора и на сайте Исполнителя.

3.5. Заказчик/Пациент имеет право направить обращение (жалобу) в государственные органы власти и организации, контролирующие деятельность Исполнителя. Перечень и контактные данные государственных органов и организаций размещены на сайте Исполнителя.

#### **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость лечения определяется исходя из согласованного с Заказчиком (законным представителем)/Пациентом Плана лечения. Перечень и стоимость услуг Исполнителя, предоставляемых Пациенту, указаны в действующем у Исполнителя на момент оказания услуги Прейскуранте стоматологических услуг.

4.2. Оплата услуг производится Заказчиком/Пациентом в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо по безналичному расчету, в том числе путем использования национальных платежных инструментов, по составленному Плану лечения в размере, определяемом Исполнителем в соответствии с п.4.1. настоящего Договора, в порядке, установленном п.4.3 настоящего Договора.

4.3. Оплата услуг осуществляется в следующем порядке:

---

Статья 10. Специальные категории персональных данных.

1. Обработка специальных категорий персональных данных, касающихся расовой, национальной принадлежности, политических взглядов, религиозных или философских убеждений, состояния здоровья, интимной жизни, не допускается, за исключением случаев, предусмотренных частями 2 и 2.1 настоящей статьи.

2. Обработка указанных в части 1 настоящей статьи специальных категорий персональных данных допускается в случаях, если:

...

4) обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

4.3.1. Заказчик (физическое лицо)/Пациент обязан осуществить оплату в размере 100% стоимости оказанных услуг сразу после оказания стоматологических услуг, за исключением услуг, оформляемых заказ-нарядом.

4.3.2. В случае оказания услуг, оформляемых заказ-нарядом, услуги оплачиваются следующим образом:

- Заказчик (физическое лицо) /Пациент обязан внести предоплату в размере 50% от общей стоимости услуг, определяемой в соответствии с п.4.1 настоящего Договора на основании действующего Прейскуранта стоматологических услуг, в день начала оказания услуг (открытия заказ-наряда);

- оставшиеся 50% от общей стоимости услуг, определяемой в соответствии с п.4.1 настоящего Договора на основании действующего Прейскуранта стоматологических услуг, Заказчик (физическое лицо)/Пациент обязан оплатить в день окончания оказания услуг (закрытия заказ-наряда).

4.3.3. Заказчик (юридическое лицо/индивидуальный предприниматель) обязан осуществить предоплату в размере 100% от стоимости услуг, указанных в согласованном Платежном документе Пациента, до начала оказания стоматологических услуг Пациенту.

4.4. Пациентам, направленным на лечение страховыми компаниями, оплата производится за счет страховых компаний.

4.5. В случае внесения изменений в План лечения Пациента, стоимость услуг изменяется и устанавливается в соответствии с измененным Планом лечения и действующим Прейскурантом.

4.6. В подтверждение оплаты Исполнитель обязан выдать Заказчику/Пациенту платежный документ - кассовый чек и/или документ, указанный в п.2.8 настоящего Договора.

## **5. УСЛОВИЯ ГАРАНТИЙНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

5.1. Исполнитель выполняет свои гарантийные обязательства (гарантийные сроки и сроки службы) согласно Положения о предоставлении гарантий на стоматологические услуги в ООО «Стоматологическая поликлиника «Рокада-Мед» (далее – Положение). Действующее Положение располагается в общедоступном месте Клиники на стенде и размещается на официальном сайте <http://clinic.rocadamed.ru>. Подписывая настоящий договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что ознакомлен с Положением и обязуется его исполнять.

При этом Исполнитель уведомляет Заказчика/Пациента о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Заказчику (законному представителю)/Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Гарантийные обязательства применяются при условии соблюдения Пациентом следующих условий:

5.1.1. Пациент регулярно соблюдает гигиену полости рта;

5.1.2. Пациент не реже одного раза в полгода проходит у лечащего врача Исполнителя осмотр полости рта;

5.1.3. Пациент обращается в клинику Исполнителя, где проводилось лечение, в случае дискомфорта и других проявлений в области проведенного лечения. Пациент не проводит коррекцию работы, выполненной у Исполнителя, в других стоматологических учреждениях.

5.1.4. Пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимки из других лечебно-профилактических учреждений в случае, если он обращался за неотложной стоматологической помощью.

5.2. Гарантийный срок на проведенное лечение, протезирование, составляет 1 (Один) год с момента фактического оказания услуг при условии выполнения Пациентом всего рекомендованного Плана лечения лечащим врачом Исполнителя.

5.3. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (беременность, вредные внешние воздействия, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах и окружающих их тканях.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия Пациента (по его заявлению) или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение Договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. За последствия невыполнения Пациентом указаний и требований лечащего врача Исполнителя (снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги и/или невозможность ее завершения в срок и/или отрицательные последствия для состояния здоровья Пациента) Исполнитель ответственности не несет. Невыполнение Пациентом указаний и требований Исполнителя является основанием для освобождения Исполнителя от ответственности.

## 8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров стороны имеют право избрать любые законные средства и способы защиты. В случае выбора способа разрешения спора в суде, иски о защите прав потребителей могут быть предъявлены по выбору истца в суд по месту:

- нахождения Исполнителя;
- жительства или пребывания истца;
- заключения или исполнения договора.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

9.2. В случае одностороннего отказа от предоставляемых Исполнителем услуг Заказчик/Пациент обязуется оплатить Исполнителю стоимость фактически оказанных ему услуг на момент одностороннего отказа.

9.3. По всем вопросам, неурегулированным настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

9.4. Стороны настоящего Договора обязаны незамедлительно информировать друг друга об изменениях своего адреса, телефона и иных реквизитов, указанных в разделе 10 и (или) в п.3.2.3 настоящего Договора.

9.5. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если договор заключается Пациентом и Исполнителем либо Заказчиком (законным представителем) и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

9.6. Настоящей подписью Заказчик/Пациент подтверждает свое ознакомление с действующими Прейскурантом, Положением о гарантиях, Правилами поведения пациентов в клинике.

9.7. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа стороны Договора от его исполнения в соответствии с гражданским законодательством и условиями настоящего Договора.

9.8. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

## 10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<b>Исполнитель:</b>	<b>Заказчик /Пациент:</b>
ООО «Стоматологическая Поликлиника «Рокада-Мед»	
420107, РТ, г. Казань, ул. Петербургская, д.26	
ИНН 1655091924, КПП 165501001, ОГРН 1051622034155	
Р/с 40702810462000056220 отделение «Банк Татарстан» №8610 ПАО Сбербанк, г. Казань к/с 30101810600000000603	



Лицензия № Л041-01181-16/00288740 от 15.08.2013г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, бессрочно  Сайт: <a href="https://clinic.rocadamed.ru">https://clinic.rocadamed.ru</a> E-mail clinic@rocadamed.ru	
---	--

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

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

(От имени несовершеннолетнего пациента, не достигшего возраста 14 лет, договор заключают его родители или иные законные представители (усыновители, опекуны).

В случае заключения договора с несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет, требуется письменное согласие его родителей или иных законных представителей (усыновителей, попечителей):

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),  
паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
выданный \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ г., согласен (-на) на  
заключение моим сыном (дочерью) настоящего  
договора.

\_\_\_\_\_ (подпись родителя или  
иного законного представителя).

## Приложение № 1 к договору на оказание стоматологических услуг

### СОГЛАСИЕ

#### пациента на обработку персональных данных

Я \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

(место регистрации)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «Стоматологическая поликлиника «Рокада-Мед»»**

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

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

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора

со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

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

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

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

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

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

(дата)

Исполнитель (Уполномоченный представитель медицинской организации)

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Приложение № 2 к договору на оказание стоматологических услуг

### ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

На основании ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

На основании вышеизложенного и руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

заявляет о своем согласии на разглашение в форме фото видеоматериалов и рентгеновских снимков, составляющих врачебную тайну, в целях медицинского обследования и лечения пациента, внутреннего контроля качества, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Пациент (законный представитель):

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Исполнитель (Уполномоченный представитель медицинской организации)

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

Приложение № 4 к договору на оказание стоматологических услуг

№ п/п	ФИО Пациентов	Паспортные данные Пациентов

Изменение перечня Пациентов оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

Пациенты при первом посещении стоматологической поликлиники Исполнителя должны предъявить паспорт и справку на фирменном бланке Заказчика с печатью и подписью руководителя Заказчика, подтверждающую право Пациента на получение медицинских услуг в рамках настоящего Договора.

Отчетным периодом в рамках настоящего Договора является календарный месяц. По окончании каждого отчетного периода стороны подписывают Акт об оказанных услугах в соответствии с п.2.8 настоящего Договора.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<b>Исполнитель:</b>	<b>Заказчик:</b>
ООО «Стоматологическая поликлиника «Рокада-Мед»	
420107, г. Казань, ул. Петербургская, д. 26 Тел.: (843) 570-68-76	
ИНН/КПП 1655091924/165501001	
р/с 40702810462000056220 ОТДЕЛЕНИЕ "БАНК ТАТАРСТАН"№8610 ПАО СБЕРБАНК г. Казань к/с 30101810600000000603 БИК 049205603	

\_\_\_\_\_ Г.Т. Салеева

М.П.

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

М.П.