

Уважаемый Клиент!

Во исполнение пунктов 6 и 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 «Тари Дент» уведомило Клиента (законного представителя)

о том, что в соответствии с п. 3. ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «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) (подпись) (дата)

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Хабаровск «__» _____ 20__ г.

Гражданин (ка) _____,
(Ф.И.О. клиента / законного представителя клиента - мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель – *нужное подчеркнуть*)
действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего _____ года рождения),
_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем «Клиент», с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Тари Дент»** (Юридический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Дзержинского, д.65; зарегистрировано в ИФНС по Центральному району г.Хабаровска 08.11.2006г., ОГРН 1062721098615), в лице **главного врача Фоминой Натальи Васильевны**, действующей на основании доверенности № 3/1 от 01.10.2020 г., 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 медицинские услуги, перечень которых определяется Сторонами в Планах лечения или в счете на оплату, а Клиент обязуется оплатить стоимость оказываемых услуг, в установленном настоящим договором порядке.

1.2. Оказание медицинских услуг осуществляется на основании **лицензии № ЛО-27-01-002922 от 26.03.2020г. (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, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии.. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, челюстно-лицевой хирургии.. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

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 «Тарилюкс», 680000, г. Хабаровск, ул. Дзержинского, 65.

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов оказания медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг определяется Клиникой на основании утвержденного прейскуранта. Прейскурант цен размещается на стойке администратора и в зоне оплаты. Стоимость оказанных услуг указывается в Акте оказанных услуг.

2.2. Клиент обязан оплатить услуги после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент оплаты прейскуранта, на основании акта об оказании услуг.

2.3. Оплата производится наличными рублями в кассу Клиники, либо безналичным способом на расчетный счет клиники, указанный в настоящем договоре.

2.4. В случае оказания услуг по индивидуальному изготовлению съемного аппарата (ортодонтия, ортопедия и т.д.), оплата производится на условиях: 30% стоимости работ – путем внесения предоплаты (предоплату Клиент обязан внести до начала изготовления на основании выставленного счета); 70 % стоимости работ – в день получения аппарата.

2.5. Клиент вправе произвести оплату медицинских услуг оказанных по настоящему договору с привлечением заемных средств путем оформления соответствующего договора с кредитной организацией (банком), имеющим договор с Клиникой.

2.6. Клиент вправе получить медицинские услуги по настоящему договору в случае оплаты оказанных услуг третьим лицом – Плательщиком, только при наличии гарантийного письма третьего лица – Плательщика, подтверждающего обязанность Плательщика оплатить лечение Клиента согласно выставленным счетам Исполнителя. В случае отсутствия гарантийного письма Клиент обязан оплатить оказанные ему услуги лично, согласно условиям настоящего договора.

3. СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Клиника обязуется оказывать медицинские услуги в сроки: с даты заключения договора до 1 (года).

3.1.1. Срок оказания услуг по ортодонтии, ортопедии от 3 (трех) месяцев до 3 (трех) лет.

3.2. В том случае, если Клиент получает несколько видов медицинских услуг, сроки их оказания не суммируются, но исчисляются для каждой услуги отдельно.

3.3. Клиника не несет ответственности за нарушение сроков оказания медицинских 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, непосещение клиники в рекомендованные врачом сроки и 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 медицинских услуг;

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

4.1.3. ознакомить Клиента с планом лечения и прейскурантом;

4.1.4. обеспечить оказание Клиенту услуг надлежащего качества, с соблюдением требований порядков оказания медицинской помощи и стандартов оказания медицинской помощи;

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, клиническими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в Клинике условиями;

4.2.2. отказаться от оказания медицинских услуг 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. отказать в оказании услуг Клиенту (законному представителю), находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения;

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

4.2.5. отказать 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, Клиника вправе приостановить оказание услуг;

4.2.7. не приступать к оказанию услуг без их оплаты Клиентом (при наличии задолженности за оказанные услуги) в полном объеме согласно условиям Договора;

4.2.8. отказать Клиенту в оказании услуг, в случаях: когда оказание медицинских услуг не предусмотрено Прейскурантом; когда услуга временно не производится; при выявлении у Клиента 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; при наличии противопоказаний к лечению, в том числе, в амбулаторных условиях и по иным причинам, предусмотренным действующем законодательством;

4.2.9. 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 непредоставления 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 и рекомендации 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. Клиенты до 18 лет имеют право являться на профилактические осмотры в сроки, назначенные лечащим врачом, в зависимости от степени активности кариеса;

4.3.8. в случае невозможности оказания медицинской 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 услуги и случай признаётся не гарантийным;

4.3.10. бережно относиться к имуществу Клиники, в случае нанесения ущерба возместить ущерб, причиненный Клиентом имуществу Клиники, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.3.11. при подписании настоящего договора подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, по установленной форме (либо отказ), а также в случае необходимости до оказания соответствующей медицинской услуги подписывать иные необходимые документы, в том числе информированные согласия.

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 медицинской 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;
 - 4.4.4. на получение медицинской помощи анонимно, в случаях и в порядке, предусмотренных законом, при использовании псевдонима (вымышленного имени).
- 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.tarilux.ru.
- 5.2. Гарантийные обязательства предоставляются Клиникой: при выполнении Клиентом условий настоящего Договора; 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.

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

- 8.1. Подписание Клиентом настоящего договора означает дачу им согласия на обработку Клиникой всех персональных данных, предоставляемых Клиентом в связи с заключением и исполнением настоящего договора, как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом, а также на передачу другим должностным лицам Исполнителя в интересах его обследования и лечения, для экспертизы качества оказания медицинских услуг, а также на обмен (приём и передачу) персональными данными Заказчика страховым компаниям таких данных в случае оказания медицинских услуг по договорам добровольного медицинского страхования, оформленных в страховых компаниях с которыми Клиника имеет действующие договоры, Территориальный фонд ОМС, органами здравоохранения, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа. Передача персональных данных Заказчика иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с его письменного согласия. Заказчик вправе в любое время отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.
- 8.2. Подписание Клиентом настоящего договора означает дачу им согласия :
- на получение информации с помощью: электронной почты, смс оповещений, и других, о новых методах лечения и услугах предоставляемых клиникой;
 - на ведение аудиозаписей и видеозаписей в Клинике, в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе установленных стандартов ее оказания;
 - на осуществление Клиникой фотографирования, в целях получения фото-протокола (фиксации состояния зубочелюстной системы пациента) до и после оказанных клиникой услуг.
- 8.3. При подписании договора Клиент ознакомлен с Положением о гарантийных обязательствах, Прейскурантом стоимости услуг предоставляемых клиникой и Перечнем медицинских специалистов и их квалификацией.
- 8.4. 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 части расчетов договор действует до полного исполнения сторонами обязательств.

8.5. Медицинская карта Клиента существует в единственном экземпляре. Оригиналы медицинских документов хранятся в Клинике. Выдача выписок/копий из медицинской документации, осуществляется Клиникой в порядке установленном в Клинике на основании действующего законодательства РФ.

8.6. 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 Клиника будет считать договор расторгнутым Клиентом в одностороннем порядке, при этом Клиент оплачивает Клинике фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

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

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Клиника

Клиент (законный представитель)

Общество с ограниченной ответственностью

«Тари Дент»

Юр.адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Дзержинского, 65

ИНН: 2721143520 КПП: 272101001

Р/с 40702810300000086907

ПАО «МТС-БАНК»

К/с 30101810600000000232,

БИК 044525232

Тел./факс: (4212) 467-550

e-mail: 461888@tarident.ru

ФИО _____

паспорт _____ **дата** _____

кем выдан _____

Адрес _____

Главный врач ООО "Тари Дент"

Телефон _____

Электронная

почта: _____

_____ / Н.В.Фомина/

МП

Подпись _____ / _____ /