

До заключения Договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента), Законного представителя пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор на оказание платных медицинских услуг № _____
(несовершеннолетнему гражданину)**

г. Южно-Сахалинск

« ____ » _____ 202 ____ г.

Несовершеннолетний Пациент (потребитель)

« ____ » _____ г.р., документ _____
в лице действующего от его имени Законного представителя несовершеннолетнего
Ф.И.О. _____

« ____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____ Выдан « ____ »
_____ года, именуемый в дальнейшем «Пациент», («Потребитель») и «Законный представи-
тель Пациента», адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять
ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Пациента

Телефон: +7 (9 ____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____
с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», в лице гене-
рального директора Ли Миланы, действующей на основании Устава, медицинской лицензии №Л041-01185-
65/000362197 выданной от 14.05.2021г. Федеральной службой по надзору и здравоохранения, с другой стороны,
именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор
о нижеследующем.

1. Предмет Договора.

1.1 Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Законный представитель Пациента –
принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание
Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя
для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного
согласия несовершеннолетнего Пациента (до достижения им возраста 15 лет – согласия Законного представителя),
данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указаны в прейскуранте. Согласие Законный представитель
Пациента на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной
форме в виде приложения к настоящему Договору.

2.4. Подписывая Договор, Законный представитель Пациента подтверждает, что до его заключения лично ознако-
мился с прейскурантом Исполнителя, Положением о сроках оказания услуг, с положением о стоматологической
клинике, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами
поведения пациентов, размещенных на информационном стенде Исполнителя, и обязуется соблюдать их требова-
ния.

2.5. Законный представитель Пациента до подписания Договора получил сведения, размещенные на информаци-
онном стенде Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских
услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

2.6. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе клинических рекомендаций и с учетом стандар-
тов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.7. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется потребителю в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

2.8. Перечень платных медицинских услуг по Договору предоставляется Законному представителю Пациента в форме счета-квитанции (контрольно-кассового чека), составленному после проведения консультации, диагностики лечащим врачом и выполненному лечению.

2.9. Законный представитель Пациента имеет возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения на информационном стенде Исполнителя на Законный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и законный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.10. Стоматологические услуги осуществляется в порядке очередности и по предварительной записи.

2.11. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг может составлять до 30 календарных дней.

2.12. Потребитель дает свое согласие на осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем утвержденный Минздравом РФ стандарт медицинской помощи.

3. Права и обязанности Сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а также в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.1.2. Ознакомить Потребителя в письменном виде с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах по плану лечения, перечнем, стоимостью, сроками оказания услуг до начала их оказания.

3.2 Пациент (Законный представитель Пациента) обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на оговоренные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты выполненных услуг после их оказания и иные документы к настоящему Договору. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об имеющихся заболеваниях, об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, или повлечь за собой изменения в сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Законного представителя Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Законный представитель Пациента обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или путем внесения предоплаты в случаях, предусмотренных Договором и правилами оплаты услуг в клинике Исполнителя с учетом положений статьи 34 ФЗ РФ "О защите прав потребителей".

3.2.8. Заботиться о здоровье несовершеннолетнего Пациента, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания согласованных письменно с Пациентом дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.2. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги индивидуально, указывать их в акте выполненных услуг, гарантийном талоне, иных документах.

3.3.3. Направить Пациента с согласия Законного представителя к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.4. Исполнитель вправе отказать пациенту и/или представителю (пациента) в оказании платных стоматологических услуг в следующих случаях:

- при несогласии Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения,
- при несогласии Пациента со стоимостью лечения,
- при несогласии Пациента с внесенными в план лечения изменениями по содержанию,
- при несогласии Пациента со сроками и стоимостью услуг,
- при несоблюдении пациентом врачебных предписаний (в том числе неоднократная неявка на прием, несоблюдение режима лечения, отказ от медицинского осмотра на приеме и т.д.),
- при грубом нарушении пациентом Правил внутреннего распорядка стоматологической клиники (в том числе нарушение санитарно-эпидемиологического режима),
- при совершении Пациентом административного правонарушения и/или не этического поступка в отношении лечащего врача (в том числе применения насилия, угрозы, оскорбления в адрес врача и медперсонала, нецензурная брань, провокация конфликтов посредством угроз с жалобами в вышестоящие инстанции в адрес врача и стоматологической клиники),
- при требовании Пациентом оказать ему помощь в сфере, которая выходит за пределы профессиональной компетенции врача (при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу), за пределами рабочего времени врача, а также вне места его постоянной работы.
- при невозможности установить с пациентом отношения терапевтического сотрудничества по причине психологической несовместимости,
- в случае отсутствия лечащего врача (болезнь, командировка, отпуск и т.д.) в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с согласия Представителя Пациента) к другому специалисту соответствующего профиля (при наличии такового) или увеличить сроки оказания услуг.

Полная информация о причинах отказа врача в оказании платных стоматологических услуг пациенту содержится в Положении «О порядке реализации права врача на отказ от стоматологического лечения пациента в Обществе с ограниченной ответственностью «Ортодонтическая клиника Брэйс», утвержденных Исполнителем и размещенном на информационном стенде.

3.5. Пациент (Законный представитель Пациента) имеет право:

3.5.1. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.5.2. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам ст.70 Закона 323-ФЗ.

3.5.3. Получать выписки или копии из медицинской документации в порядке, установленном соответствующими нормативными актами РФ.

3.5. Пациент обязан, находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, и правила поведения Пациента в клинике Исполнителя.

3.5.1. Обеспечивать свою явку на приёмы в указываемые врачами Исполнителя сроки, не допускать нарушения сроков лечения. Ответственность за осложнения и недостижение запланированного результата лечения, возникшие в связи с несвоевременной не явкой и/или не явкой Пациента на приём, возлагается на Пациента, Исполнитель ответственности не несет. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

3.5.2. В случае возникновения в течение гарантийного срока дефектов съёмных и несъёмных ортопедических и ортодонтических конструкций, болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

3.5.3. В процессе лечения не обращаться в другие стоматологические учреждения, за исключением случаев необходимости в неотложной, в том числе стоматологической помощи - при условии, что данную помощь не могут оказать сотрудники Исполнителя в силу географического нахождения Пациента или иных объективных обстоятельств. В подобных случаях Пациент обязуется предоставить исполнителю из учреждения, в которое Пациент обращался за неотложной стоматологической помощью, выписку из медицинской карты, копии рентгеновских снимков и результаты обследования и лечения на бумажных или цифровых носителях

3.6. При заключении настоящего договора Пациенту предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

3.7. Пациент подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена 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);
- информация о гарантийных сроках на оказание стоматологических услуг согласно положения о гарантиях;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.8. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента 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 Пациента.

3.9. Пациент 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 определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4. Порядок оплаты медицинских услуг.

4.1. Законный представитель Пациента обязан оплатить оказанную Исполнителем услугу в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона "О защите прав потребителей". После оплаты выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: счет-квитанция (контрольно-кассовый чек), или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Законный представитель Пациента производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Услуги оказываются Исполнителем с использованием своих материалов или материалов субподрядчика. Исполнитель полностью отвечает за ненадлежащее качество использованных при оказании услуг материалов. Материал Исполнителя оплачивается при заключении Договора полностью с учетом положений статьи 34 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. В случае задержки Законным представителем Пациента оплаты по Договору, начисляется пеня в размере 3% за каждый день просрочки оплаты. Оплата пени не снимает с Законного представителя Пациента обязательств полной оплаты оказанных услуг по Договору.

5.3. В случае отказа Законного представителя Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Законный представитель Пациента оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Обращения (жалобы) Законный представитель Пациента может направить на почтовый адрес Исполнителя: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова А.О., д. 21а, способом: заказным письмом с уведомлением о вручении или при личном обращении законного представителя) в клинику Исполнителя.

6.2. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 45 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенный Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.

6.3. При предъявлении потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.4. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Законному представителю Пациента не выдаются. Законный представитель Пациента имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

7.2. Исполнитель не вправе отказывать Законному представителю Пациента в заключении, исполнении, изменении или расторжении Договора в связи с отказом Пациента предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора (для подтверждения полномочий Законного представителя представлять интересы несовершеннолетнего Пациента).

7.3. Подписывая данный Договор, Законный представитель Пациента подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8. Срок действия, изменение и расторжение Договора.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. Все приложения указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами соглашения в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

8.3. Расторжение Договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента, по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству РФ.

8.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. Реквизиты сторон:

Заказчик (Законный представитель пациента):
Ф.И.О. _____

Документ, удостоверяющий личность _____
Серия _____ номер _____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____
Адрес регистрации _____

Телефон _____
Эл.почта: _____
_____ / _____ /

Пациент (несовершеннолетний гражданин):
Ф.И.О. _____

Документ, удостоверяющий личность _____
Серия _____ номер _____
Дата выдачи _____
Кем выдан _____
Адрес регистрации _____

Телефон _____
Эл.почта: _____
_____ / _____ /

Исполнитель:
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА БРЭЙС"
Юридический адрес: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск ул. Емельянова А.О., д. 21а на первом этаже

Фактический адрес: 693013, Сахалинская область, г. Южно-Сахалинск ул. Емельянова А.О., д. 21а на первом этаже
ИНН: 6501312210, КПП: 650101001, ОГРН 1206500006800
БИК: 040813770
Банк: ФИЛИАЛ «ХАБАРОВСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»
Корреспондентский счёт: 30101810800000000770
Расчётный счёт: 40702810620030001215
Тел.+79146464278, +74242556455
Генеральный директор Ли Милана _____

Приложение №1

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся {ФамилияИмяОтчество}, проживающий по адресу: {Адрес}, по месту регистрации: {АдресРегистрации}, Паспорт: {Паспорт}.

В соответствии с требованиями [статьи 9](#) Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА БРЭЙС», расположенного по адресу: Сахалинская область г. Южно-Сахалинск, ул. Емельянова 21А (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, **в целях** установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в т.ч. по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией

(наименование организации)

с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДата}г. (дата) до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы): {Телефоны}
и почтовый адрес: {Адрес}

Законный представитель _____

