

ДОГОВОР

НА ПЕРВИЧНЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЕМ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

г. _____

«__» _____ 202__ г.

ООО «ЭПЛ ГРИН» в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Гайнутдинова Э.Р., действующего на основании Устава,

Гражданин РФ _____,
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать пациенту **медицинскую услугу «Консультация врача стоматолога по специальности»**, а Заказчик обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора.

1.2. Все медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01181-16/00650881 от 11 мая 2023 года, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан (420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, тел. +7 (843) 231-79-20), лицензия действует бессрочно. Полный перечень лицензированных видов деятельности представлен в Приложении к лицензии, размещенном на стенде потребителей, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.3. Условия настоящего договора обязательны как для Заказчика, так и для третьего лица, в пользу которого заключен договор (Пациента), если Заказчик и Пациент не совпадают в одном лице.

1.4. Порядок оказания услуг в клинике определен в Правилах поведения пациентов; цены на услуги зафиксированы в прайс-листе. Все перечисленные документы находятся в открытом доступе для потребителя. Со всеми перечисленными документами Заказчик знакомится **до подписания** настоящего договора. Стороны соглашаются с тем, что условия оказания услуг, содержащиеся в перечисленных документах обязательны для сторон.

2. Обязательства сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. До заключения Договора предоставить Заказчику информацию в соответствии с требованиями законодательства о защите прав потребителей. Копии лицензии, порядки оказания медицинской помощи, информация о квалификации конкретного медицинского работника предоставляется Исполнителем **по требованию** Заказчика.

2.1.2. Провести обследование Заказчика, а в случае необходимости, рекомендовать пройти дополнительные консультации и обследования (КТ, прицельный снимок и другие – по показаниям) у специалистов или в организациях иного медицинского профиля с целью диагностики, уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования. Заказчик самостоятельно принимает решение о выполнении или невыполнении данных рекомендаций врача.

2.1.3. После консультации, **если достаточно данных объективного исследования на приеме**, предоставить Заказчику информацию: о состоянии здоровья, о возможных в конкретном случае вариантах лечения, протезирования. Если данных объективного исследования недостаточно, направить пациента на дополнительные обследования.

2.1.4. В рамках консультативного приема врача стоматолога ортопеда, врача ортодонта не составляется план протезирования или план ортодонтического лечения, а только собирается анамнез, проводится осмотр, обсуждаются, потребности пациента, его приоритеты, общие возможные стратегии и методы лечения/протезирования, ориентировочная стоимость, **принимается решение о наличии объективной возможности Исполнителя оказать соответствующие услуги Заказчику**. Окончательные планы, сроки и стоимость ортодонтического лечения/протезирования могут быть определены и согласованы только после соответствующего диагностического комплекса.

2.1.5. Предложить Заказчику ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие (ИДС) на комплекс диагностических мероприятий.

2.1.6. По факту оказанной услуги предоставить Заказчику документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги (кассовый чек, акт выполненных работ – по запросу).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае отсутствия объективных возможностей оказать медицинскую услугу, которая показана пациенту (отсутствие необходимых методик, специалистов, оборудования) отказать в дальнейшем заключении долгосрочного договора на оказание стоматологических услуг, рекомендовав иные медицинские организации, обладающие ресурсами для оказания соответствующей медицинской помощи.

2.2.2. Исполнитель вправе установить в холле и лечебных кабинетах клиники видеонаблюдение в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения.

2.2.3. В целях фиксации клинической ситуации полости рта сделать фотопротокол приема.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей», ПП РФ № 736 от 11.05.2023 года и подтвердить факт ознакомления и согласия личной подписью в листе информированного согласия. Удостоверить личной подписью сообщенные сведения о своем здоровье.

2.3.2. Оплатить услуги на условиях настоящего договора.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья в рамках специализации персонала клиники, о предоставляемых услугах.
- 2.4.2. Получить качественную и безопасную медицинскую услугу (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, иные методы обследования на консультативном приеме).
- 2.4.3. Получить медицинскую справку, медицинское заключение в соответствии с Приказом МЗ РФ от 14.09.2020 года № 972н (в ред. от 12.11.2021г.) в течение 3 (трех) рабочих дней с даты подачи письменного запроса на имя директора.
- 2.4.4. Получить копию медицинской карты в полном объеме либо выписку из нее, а также прицельные снимки в течение 30 календарных дней с даты подачи письменного запроса на имя директора. Ознакомиться с медицинской документацией лично на приеме, либо по запросу на имя директора клиники в течение 10 календарных дней.

3. Сроки исполнения обязательств. Сроки ожидания платных услуг.

- 3.1. Срок предоставления (оказания) услуги определяется датой и временем обращения Заказчика к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. Запись Заказчика по телефону на консультативный прием рассматривается сторонами как факт согласования срока оказания конкретной услуги (срока обращения в клинику) в рамках настоящего договора.
- 3.2. Исполнитель по настоящему договору не является участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязательного медицинского страхования (ОМС). **Платные медицинские услуги не являются гарантированными государством** (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ), в связи с чем сроки ожидания конкретных медицинских услуг обсуждаются индивидуально с каждым Заказчиком и могут варьироваться от нескольких минут до месяца (при отсутствии свободного времени у конкретного специалиста, необходимых стоматологических материалов либо отсутствии иных необходимых для качественного и безопасного оказания услуги условий), при этом Исполнитель всегда учитывает необходимость своевременного оказания медицинской помощи (ст. 2 ФЗ № 323 от 21.11.2011 года).

4. Качество услуг.

- 4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.
- 4.2. Консультативная услуга считается оказанной качественно, если в совокупности:
- полноценно собран анамнез (заполнена и обсуждена Анкета о здоровье пациента);
 - проведено объективное исследование;
 - поставлен предварительный диагноз;
 - даны рекомендации по дополнительным обследованиям, консультациям специалистов;
 - составлен общий предварительный план лечения (терапевтического, пародонтологического, хирургического), либо обсуждены возможные тактики протезирования, ортодонтического лечения.

5. Цена услуг и порядок расчетов

- 5.1. Стоимость консультативного приема врача стоматолога по специальности - _____ рублей. Врача стоматолога, к.м.н. _____ рублей.
- 5.2. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах.

6. Урегулирование разногласий

- 6.1. В случае возникновения претензий относительно качества оказанных медицинских услуг, нежелания продолжать в дальнейшем лечение в клинике, намерения защищать интересы исходя из норм Закона РФ «О защите прав потребителей», Заказчик имеет право составить официальную претензию.
- 6.2. Претензия составляется в письменном виде за личной подписью Заказчика либо отсканированный вариант направляется на электронную почту applegreen2020@mail.ru с указанием конкретных обстоятельств неисполнения клиникой своих обязательств и тех требований, которые предъявляет Заказчик на основе Закона РФ «О защите прав потребителей». Претензия рассматривается в течение 10 календарных дней, если она содержит требования, предусмотренные в ст. 31 Закона РФ «О защите прав потребителей», результат рассмотрения оформляется в письменном виде.

7. Ответственность сторон

Исполнитель освобождается от ответственности за вред здоровью, возникший в процессе оказания услуг, если будет доказано, что вред возник как следствие нарушения Заказчиком рекомендаций и назначений врачей-специалистов клиники, нарушения режима лечения (п.5 ст.14 Закона РФ «О защите прав потребителей», ст. 1098 Гражданского кодекса РФ).

8. Дополнительные условия

- 8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и считается исполненным в момент выдачи чека пациенту.
- 8.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) - относятся к одному лицу. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.
- 8.3. Договор изменяется и расторгается по правилам гражданского законодательства РФ.

8.4. Стороны договорились о том, что факсимильные копии документов, а также документы (настоящий Договор, все дополнительные соглашения к нему) с электронной подписью действительны и принимаются к исполнению согласно ч. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ.

9. Уведомления Заказчика
- 9.1. В соответствии с требованием п.7. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 11.05.2023 года № 736) до заключения договора я уведомлен (а) о том, что медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, могут быть получены мною бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.
- 9.2. В соответствии с требованием п.24. Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 11.05.2023 года № 736) до заключения договора я уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (конкретного медицинского работника), 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 пациента.
- 9.3. В соответствии с требованием п. 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП РФ от 11.05.2023 года № 736) до заключения договора я уведомлен (а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии со ст. 27 ФЗ № 323 от 21.11.2011 года обязаны соблюдать режим лечения, в том числе, определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В соответствии с ч. 2 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» я разрешаю Исполнителю передачу (предоставление) информации о моем здоровье в виде копии и выписок из медицинской карты следующим лицам при предъявлении паспорта:

10. Адреса и подписи сторон		
ООО «ЭПЛ ГРИН»	ЗАКАЗЧИК:	ПАЦИЕНТ ¹ :
Юридический адрес: 423800, Республика Татарстан, г. Набережные Челны, ул. В.Гостева, д.57, помещ.8	ФИО:	ФИО:
Фактический адрес: 423800, Республика Татарстан, г. Набережные Челны, ул. В.Гостева, д.57, помещ.8	Паспортные данные:.....	Паспортные данные:
ИНН: 1650394989		
ОГРН: 1201600066964		Адрес фактического проживания:
Банковские реквизиты:	Адрес фактического проживания:	
р/сч №40702810562000062790		Телефон:
ОТДЕЛЕНИЕ «БАНК ТАТАРСТАН» №8610 ПАО СБЕРБАНК	Телефон:.....	Подпись:
К/с 30101810600000000603	Подпись:	
БИК: 049205603		

Директор

_____/Г

айнутдинова Э.Р./

подпись

М.П.

Экземпляр договора на руки получил(а)

_____ 202__ г.

¹ При несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице

Подпись Заказчика(Пациента)