!!!ОБРАЗЕЦ!!!

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора ООО «Стоматология Улыбка Тари» в соответствии с требованиями ПП РФ от 30.05.2026 № 659, ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 и законом «О защите прав потребителей» *уведомляет Заказчика/Потребителя/Пациента о том, что на информационном стенде клиники и ее официальном сайте размещена обязательная информация:*

- О возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС);
- Льготы при оказании платных медицинских услуг не предоставляются;
- Гарантийные сроки установлены на основании «Положения об установлении гарантийного срока при оказании стоматологической помощи клиники»;
- Случаи отказа в лечении или изменения его условий определены «Положением об обстоятельствах, влияющих на качество медицинских услуг и здоровье пациента»;
- Медицинская помощь оказывается на основании стандартов и клинических рекомендаций (ссылки для ознакомления доступны на сайте Минздрава РФ pravo.gov.ru и cr.minzdrav.gov.ru.).
- Правила поведения Пациентов утверждены внутренним Положением клиники;
- Порядок оказания платных медицинских услуг (в объеме стандарта, в виде отдельных вмешательств или сверх стандарта по письменному согласию) соответствует действующей Номенклатуре МЗ РФ;
- Действующий Прейскурант цен на стоматологические услуги, образцы договоров и бланки ИДС доступны для ознакомления в папке «Информация для пациентов»;
- Договоры дистанционным способом не заключаются.

Я, _____,
до заключения договора № _____ от «____» _____ 20____ г. на предоставление платных медицинских (стоматологических) услуг с ООО «Стоматология Улыбка Тари», ознакомлен(а) в наглядной и доступной форме, и получил(а) разъяснения по поводу вышеперечисленной информации. Мне разъяснено, что в случае необходимости, я могу повторно изучить эти документы на информационном стенде клиники (в папке «Информация для пациентов»), на сайте клиники или обратиться за разъяснениями к администратору клиники.

Заказчик/Потребитель/Пациент √_____/ √_____
Подпись **Расшифровка**

ДОГОВОР № _____

на предоставление платных медицинских (стоматологических) услуг

г. Красноярск «____» _____ 20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматология Улыбка Тари», в лице директора Василинич Ольги Петровны, действующего на основании *Устава и лицензии № Л041-01019-24/00322127 от 14 июня 2018 года (выписка из реестра лицензий по состоянию на 11.08.2026г.), выданная Министерством здравоохранения Красноярского края, находящимся по адресу: 660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, 3. Тел. +7 (391) 211-51-51.*

Перечень работ (услуг): 660094, Кр.Кр., г. Красноярск, ул. ак. Павлова, д. 44, помещение 88. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.

Перечень работ (услуг): 660010, Кр.Кр., г. Красноярск, пр. им. газеты Красноярский рабочий, д. 154, корпус 1, помещение 41А. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____,

Ф.И.О. Заказчика/Потребителя/Пациента

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Потребитель/Пациент», являющийся *Законным представителем*:

_____,

(Ф.И.О при наличии)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», с другой стороны, а далее именуемые как «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Платные медицинские услуги оказываются гражданам за счет их личных средств, средств работодателей или иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС.

1.2. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

• "договор" - договор, в соответствии с которым предоставляются платные медицинские услуги, в том числе договор добровольного медицинского страхования;

• "заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

• "исполнитель" - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, предоставляющие платные медицинские услуги в соответствии с договором;

• "платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

• "потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

• Понятия "медицинская организация" и "медицинская услуга" употребляются в значениях, определенных Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются исполнителями в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности (далее - лицензия).

1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Заказчику/Потребителю/Пациенту с учетом медицинских показаний и в соответствии с Прейскурантом цен на стоматологические услуги Исполнителя (далее – Прейскурант, Приложение № 1 к настоящему Договору) услуги по оказанию медицинской помощи надлежащего качества, отвечающей требованиям к профессиональной медицинской деятельности: юридическим, профессиональными и этическим, а также основанной на использовании медицинских изделий, разрешенных к применению на территории Российской Федерации в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, а Заказчик/Потребитель/Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг. Исполнитель оказывает только платные медицинские услуги и возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы предоставляется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в

соответствии с согласованным и подписанным Сторонами настоящего Договора ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ/СЧЕТОМ на стоматологические услуги (Приложение № 2 к настоящему Договору), который может быть предварительным или окончательным.

2.3. Перечень, сроки оказания и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику/Потребителю/Пациенту, фиксируются в ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ, оплачиваются Заказчиком/Потребителем/Пациентом на основании СЧЕТА на стоматологические услуги, выставленного Исполнителем в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания медицинских услуг Заказчику/Потребителю/Пациенту. ПЛАНОВ ЛЕЧЕНИЯ может быть несколько, что будет соответствовать выставленным СЧЕТАМ на стоматологические услуги и все они будут Приложение № 2 к настоящему Договору. Заключать дополнительные соглашения не требуется.

2.4. Объем оказываемых медицинских услуг определяется общим состоянием здоровья Заказчика/Потребителя/Пациента, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, желанием Заказчика/Потребителя/Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

2.6. После исполнения Договора, Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю/Пациенту по личному заявлению медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Медицинские документы предоставляются в печатном/электронном/письменном виде в соответствии внутренним локальным актом «Положение о порядке ознакомления пациентов с медицинской документацией, выдаче выписок и справок в ООО «Стоматология Улыбка Тари».

3. Условия и порядок оказания услуг

3.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги при следующих условиях: при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;

3.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях по следующим адресам:

г. Красноярск, ул. Академика Павлова д. 44, пом. 88; и

г. Красноярск, пр. им. газеты Красноярский рабочий, д. 154, корпус 1, помещение 41А.

3.2.1. Платные медицинские услуги оказываются сотрудниками Исполнителя амбулаторно в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя.

3.3. Предоставление услуг по настоящему Договору осуществляется в порядке предварительной записи Заказчика/Потребителя/Пациента на прием. Предварительная запись осуществляется через регистратуру Исполнителя

посредством телефонной или иной связи:

ул. ак. Павлова тел. +7 (391) 219-22-44; пр. им. газеты Красноярский рабочий тел. +7 (391) 219-05-95, мобильный корпоративный 8-902-971-55-44, отправить сообщение через мессенджер MAX.

Режим работы клиники с 9:00 до 20:00, суббота с 9:00 до 15:00. Воскресенье – выходной.

3.3.2. Время явки на прием оговаривается и согласовывается с Заказчиком/Потребителем/Пациентом каждый раз. Согласование даты и времени явки Заказчика/Потребителя/Пациента на прием может осуществляться в устной или письменной форме, в том числе посредством телефонной связи, либо через форму обратной связи на официальном сайте ООО «Стоматология Улыбка Тари».

3.4. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Заказчика/Потребителя/Пациента с предложенным ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ, стоимостью лечения, сроками оказания услуг и порядком лечения, заверенное подписью в ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ.

3.4.1. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ в связи с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после подписания нового ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ, с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.4.2. ОТКАЗ Заказчика/ Потребителя/Пациента от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в письменном виде. Исполнитель разъясняет Заказчику/Потребителю/Пациенту последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно, либо приведет к значительным негативным последствиям для Заказчика/ Потребителя/Пациента, стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.5. В ходе оказания медицинских услуг по требованию Заказчика/Потребителя/Пациента предоставляется информация о методах и способах оказания медицинской помощи, противопоказаниях и возможных осложнениях в форме информированного добровольного согласия (далее – ИДС).

3.5.1. Стороны договорились, что такое ИДС является также подтверждением того, что Заказчик/Потребитель/Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о целях оказания медицинской помощи, о методах (характер, способ, этапы проведения) оказания медицинской помощи, о возможных вариантах медицинского вмешательства (альтернативные способы медицинского вмешательства), о противопоказаниях к медицинскому вмешательству (абсолютные и относительные), о возможных осложнениях и рисках, связанных с медицинским вмешательством, о последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (ожидаемые результаты для здоровья пациента: нормальная реакция организма, особенности ухода после медицинского вмешательства, запреты и ограничения после медицинского вмешательства, возможные реакции организма в случае невыполнения рекомендаций), о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, 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 Заказчика/Потребителя/Пациента.

3.6. Заказчик/Потребитель/Пациент соглашается с тем, что для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения Заказчику/Потребителю/Пациенту специализированных лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях.

3.7. Заказчик/Потребитель/Пациент информируется об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Также Заказчику/Потребителю/Пациенту предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

3.8. Срок оказания платных медицинских услуг включается в срок действия настоящего Договора и зависит от состояния здоровья Заказчика/Потребителя/Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов, расписания работы врача, клинической ситуации Заказчика/Потребителя/Пациента, стандартов и клинических рекомендаций и могут составлять от 1 (одного) дня до 2 (двух) лет (на основании «Положения о сроках оказания платных стоматологических услуг в ООО «Стоматология Улыбка Тари»).

3.10. По окончании оказанных медицинских услуг Исполнитель и Заказчик/Потребитель/Пациент подписывают АКТ оказанных медицинских услуг/выполненных работ (далее – АКТ, Приложение № 3 к настоящему Договору), где указывается перечень оказанных услуг, стоимость оказанных услуг, сроки оказания услуг, гарантийные сроки.

4. Права и обязательства сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказывать медицинские стоматологические услуги, предусмотренные ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ/СЧЕТОМ на стоматологические услуги.

4.1.2. Знакомить Заказчика/Потребителя/Пациента с порядком оказания медицинских услуг, стандартами и клиническими рекомендациями.

4.1.3. Оказывать услуги надлежащего качества и устранять бесплатно недостатки некачественно оказанных услуг. Гарантийный срок на устанавливаемые в процессе оказания услуг медицинские изделия указывается Изготовителем.

4.1.4. В процессе лечения информировать Заказчика/Потребителя/Пациента о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.

4.1.5. Ставить в известность Заказчика/Потребителя/Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении, заранее ставить в известность Заказчика/Потребителя/Пациента о предполагаемой сумме дополнительных расходов на лечение.

4.1.6. Организовывать за счет Заказчика/Потребителя/Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми

имеются договорные отношения, при невозможности их выполнения силами Исполнителя.

4.1.7. Вести медицинскую документацию и выдавать по письменному заявлению Заказчику/Потребителю/Пациенту медицинские документы установленного образца в соответствии с внутренним локальным актом «Положение о порядке ознакомления пациентов с медицинской документацией, выдаче выписок и справок в ООО «Стоматология Улыбка Тари».

4.1.8. Вести учет вида, объема и качества оказанного лечения, а также средств, полученных от Заказчика/Потребителя/Пациента, выступать представителем интересов Заказчика/Потребителя/Пациента перед соисполнителями.

4.1.9. Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Заказчика/Потребителя/Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

4.1.10. Исполнитель обязан по запросу Заказчика/Потребителя/Пациента подготовить и выдать Справку об оплате медицинских услуг установленного образца для представления в налоговые органы Российской Федерации с целью получения налогового вычета по НДФЛ. Справка подготавливается в течение 5–7 рабочих дней с момента подачи Заказчиком/Потребителем/Пациентом соответствующего заявления в устном или письменном виде, в том числе посредством электронной почты.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Самостоятельно определять характер и объем медицинских услуг, необходимых для лечения Заказчика/Потребителя/Пациента.

4.2.2. Отказать в приеме Заказчику/Потребителю/Пациенту в следующих случаях: острые воспалительные или инфекционные заболевания; признаки наркотического опьянения или алкогольного опьянения; по любым другим медицинским показаниям, в случае их препятствия надлежащему оказанию услуг; а также если действия Заказчика/Потребителя/Пациента угрожают жизни и здоровью персонала.

4.2.3. Требовать от Заказчика/Потребителя/Пациента представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

4.2.4. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ/СЧЕТОМ на стоматологические услуги.

4.3. Заказчик/Потребитель/Пациент обязан:

4.3.1. Строго соблюдать рекомендации врача.

4.3.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.

4.3.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья. В случаях несообщения Заказчиком/Потребителем/Пациентом негативных сведений о состоянии своего здоровья Исполнитель снимает с себя ответственность за негативные последствия лечения, а Заказчик/Потребитель/Пациент несет ответственность в установленном законом РФ порядке.

4.3.4. Выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

4.3.5. Соблюдать Правила поведения пациента в медицинском учреждении ООО «Стоматология Улыбка Тари».

4.3.6. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю. Информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после

лечения.

4.3.7. Предупреждать администрацию не менее чем за 24 часа по телефону клиники, в которой он проходит лечение, о невозможности явки на прием.

4.3.8. Оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с ПЛАНОМ ЛЕЧЕНИЯ/СЧЕТОМ на стоматологические услуги.

4.4. Заказчик/Потребитель/Пациент имеет право:

4.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

4.4.2. Ознакомиться с сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

4.4.3. Ознакомиться с графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; графиком работы клиники;

4.4.4. Ознакомиться с «Положением о порядке ознакомления пациентов с медицинской документацией, выдаче выписок и справок в ООО «Стоматология Улыбка Тари»».

4.4.5. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных медицинских услуг.

4.4.6. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

4.4.7. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.

4.4.8. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.

4.4.9. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

4.4.10. На устранение недостатков оказанных услуг в разумный срок, согласованный Сторонами в отдельном соглашении, согласно статье 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1«О защите прав потребителей».

4.4.11. На возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью Заказчику/Потребителю/Пациенту в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Стоимость услуг и порядок оплаты

5.1. Заказчик/Потребитель/Пациент оплачивает стоимость оказанных услуг после каждого визита в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам, действующего на момент оплаты Прейскуранта.

5.2. Заказчик/Потребитель/Пациент осуществляет предоплату/аванс за стоматологические услуги, а именно за имплантацию и ортопедическое лечение (протезирование) - в размере не менее 50-ти % от стоимости, указанной в согласованном сторонами ПЛАНЕ ЛЕЧЕНИЯ, о чем составляется Дополнительное соглашение и подписывается сторонами, в котором будут отображены все внесения денежных средств. Оставшуюся сумму/окончательный расчет за стоматологические услуги Заказчик/Потребитель/Пациент оплачивает в процессе оказания или после сдачи услуг на основании АКТА.

5.3. Оплата за оказанные медицинские услуги по настоящему Договору осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету (оплата банковской картой, либо по QR-коду), с выдачей Заказчику/Потребителю/Пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца), непосредственно после предоставления данных услуг и подписания АКТА.

6. Ответственность сторон

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору если это произошло в следствии непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств.

6.2. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Заказчиком/Потребителем/Пациентом ранее оказанных медицинских услуг.

6.7. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств, по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших успешных достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не может являться 100% прогнозируемым может выражаться в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений, даже в ухудшении патологических процессов.

7. Гарантийные обязательства

7.1 Исполнитель гарантирует предоставление медицинской услуги в соответствии с требованиями юридических, профессиональных и морально-этических норм, предъявляемыми к осуществлению профессиональной медицинской деятельности.

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

7.3. Исполнитель предоставляет Заказчику/Потребителю/Пациенту гарантию на все виды работ/услуг, **за исключением** работ по следующим разделам стоматологии: лечение каналов зубов (эндодонтия), парадонтология (лечение тканей вокруг зуба), отбеливание зубов, профилактика. Гарантия предоставляется на основании «Положения об установлении гарантийного срока при оказании стоматологической помощи ООО «Стоматология Улыбка Тари»». При несоблюдении рекомендаций врача, гарантийный срок на все виды выполненных работ не распространяется.

7.4. Исполнитель гарантирует Заказчику/Потребителю/Пациенту проведение бесплатных профилактических осмотров в рамках гарантийного срока. По истечение гарантийного срока все повторные приемы оплачиваются согласно Прейскуранта.

8. Порядок изменения и расторжения договора

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в

том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

8.2. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор другой Стороне. Прекращение и расторжение Договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

8.3. Любая из Сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив при этом другой стороне фактически понесенные расходы или убытки.

9. Порядок разрешения споров

9.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору решаются путем переговоров.

9.2. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, приняв на себя дополнительное обязательство проходить стадию досудебного урегулирования спора и обращаться за судебной защитой при полном или частичном недостижении заявленных в претензии требований.

9.3. Претензии Заказчика/Потребителя/Пациента оформляются в письменном виде и рассматриваются в течение 10 рабочих дней.

9.4. Возврат денежных средств осуществляется в случаях, предусмотренных Законодательством РФ, а именно гл. 3 Закона «О защите прав потребителей», по письменному заявлению Заказчика/Потребителя/Пациента в течение 3 рабочих дней (без учета сроков, зависящих от третьих лиц), в той же форме и порядке, в котором производилась оплата. Если Заказчик/Потребитель/Пациент отказывается от услуг на середине лечения Исполнитель удерживает оплату за фактически оказанные услуги и понесенные расходы (аванс за стоматологические услуги будет возвращен не полностью).

9.5. Заказчик/Потребитель/Пациент вправе подать обращение (жалобу) в органы государственной власти и руководству медицинской организации непосредственно в клинике или почтовым отправлением по адресу: *660010, Кр.Кр., г. Красноярск, пр. им. газеты Красноярский рабочий, д. 154, корпус 1, помещение 41А или посредством электронной почты tari7878@mail.ru.*

9.6. Стороны договорились о том, что при возникновении между Исполнителем и Заказчиком/Потребителем/Пациентом, спора по поводу недостатков оказанной услуги по требованию любой из Сторон может быть назначена комплексная экспертиза (аналитическая оценка качества оказанной медицинской помощи в рамках предоставленной услуги), в том числе с привлечением независимых специалистов.

9.7. Расходы на экспертизу несет Исполнитель за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений учреждением условий договора или причинной связи между действиями Исполнителя и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между сторонами - обе стороны поровну.

9.8. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в порядке, установленном законодательством РФ в судебном порядке.

10. Конфиденциальность

10.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика/Потребителя/Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

10.2. С письменного согласия Заказчика/Потребителя/Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Заказчика/Потребителя/Пациента.

10.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика/Потребителя/Пациента допускается в целях обследования и лечения Заказчика/Потребителя/Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

11. Информирование о необходимости передачи персональных данных в ЕГИСЗ

11.1. В соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» и ПП РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» Исполнитель обязан передавать медицинские данные в ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения).

11.2. В связи с этим Заказчику/Потребителю/Пациенту необходимо подписать Согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ.

12. Заключительные положения

12.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует бессрочно до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

12.2. При подписании настоящего Договора Заказчик/Потребитель/Пациент соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация об Исполнителе, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг.

12.3. Заказчик/Потребитель/Пациент до подписания настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, с настоящим Договором и другими нормами, регламентирующими порядок оказания услуг.

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

12.5. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

13. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:	**Заказчик/Потребитель/Пациент**
ООО «Стоматология Улыбка Тари» Юр. адрес: 660094, г. Красноярск, ул. ак. Павлова дом 44, пом. 88 Факт. адрес: 660094, г. Красноярск, ул. ак. Павлова дом 44, пом. 88 Факт. адрес: 660010, г. Красноярск, пр. им. газеты Красноярский рабочий, д.154, корпус1, пом. 41а Конт. телефон: 8 (391) 219-05-95, 8 (391) 219-22-44 ИНН-2462039077, КПП-246101001 ОГРН-1062462027308, ОКПО-99418561 Банк: ООО «Банк Точка» Город: г. Москва ИНН 9721194461, КПП 772101001 ОГРН 1237700005157 р/с № 40702810620000028076 БИК: 044525104 Корр. счёт: 30101810745374525104 E-mail: tari7878@mail.ru Сайт: www.24smile.ru _____ О. П. Василинич М.П.	**Ф.И.О.**_____ _____ _____ _____ Паспорт: серия _____ номер _____ Выдан_____ _____ _____ _____ дата выдачи _____ код подразделения _____ Адрес регистрации: _____ _____ Адрес проживания: _____ _____ Конт.тел: _____ e-mail _____ **Договор прочитан мною лично, условия договора и приложения к нему мне разъяснены и понятны** Подпись: √_____ **Второй аналогичный экземпляр Договора получил(а) на руки** Подпись: √_____