До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (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, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. 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 № \_\_\_\_\_\_**

г. Владивосток Дата **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТАЛ-СТУДИО»**, адрес места нахождения: 690021, г. Владивосток,   
ул. Запорожская, 77, адрес места осуществления медицинской деятельности: 690021, г. Владивосток, ул. Запорожская, 77, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.dental-s.su, свидетельство о присвоении ОГРН от 14.09.2015 серия 25 № 003954791 (выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по Первомайскому району г. Владивостока), ИНН 2537118586, действующее на основании Устава и лицензии ЛО41-01023-25/00304794 (выдана Департаментом Здравоохранения Приморского края, г. Владивосток, ул. 1я Морская, д. 2, тел. (423) 241-35-14) сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения содержащиеся в электронных реестрах лицензий: www.dental-s.su, на осуществление медицинской деятельности в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании Доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(Ф.И.О. Пациента и/или его законного представителя)**, именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, и именуемые в дальнейшем **«Стороны»**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
   1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги **по ортодонтии (далее - ортодонтической коррекции)**, а Пациент обязуется оплатить ортодонтическую коррекцию в соответствие с условиями настоящего Договора.
   2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с Планом лечения, который подписывается Сторонами настоящего Договора и является его неотъемлемой частью.
   3. На момент подписания настоящего Договора исполнитель предоставил возможность Пациенту ознакомиться с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736), а также с «Положением о Порядке предоставления медицинских услуг» (локальный документ Исполнителя*).*
   4. По окончании предоставления услуги Стороны подписывают Акт об оказанных услугах, где указывается перечень оказанных услуг, их стоимость, срок и порядок оказания. Данный Акт подписывается двумя Сторонами и является неотъемлемой частью настоящего Договора.
2. **УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**
   1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, желание Заказчика оплатить оказание услуг Пациенту, наличие медицинских показаний у Пациента и возможностей у Исполнителя для оказания медицинских услуг.
   2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.
   3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указываются в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после консультации и обследования Пациента. Согласие Пациента и Заказчика на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.
   4. Подписывая Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, что до его заключения лично ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, 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 требования.
   5. Пациент и Заказчик до подписания Договора получил сведения, размещенные на информационном стенде и сайте Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.
   6. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
   7. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется потребителю и Заказчику в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.
   8. Перечень платных медицинских услуг по Договору предоставляется Пациенту и Заказчику в форме плана обследования и лечения, являющимся приложением к настоящему договору и составляемому после проведения консультации и диагностики лечащим врачом.
   9. Потребитель и Заказчик имеют возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте и на информационном стенде Исполнителя на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.
   10. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют **30 календарных дней**.
3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. **Пациент имеет право:**
      1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.
      2. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных стоматологических услуг.
      3. Выбирать лечащего врача с учетом его специализации и с его согласия.
      4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.
      5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя, а также соответствующий уровень квалификации сотрудников Исполнителя.
      6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.
   2. **Пациент обязан:**
      1. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья (либо ребенка, в интересах которого заключен настоящий Договор), включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т. ч. сообщать об аллергии, гепатите, ВИЧ-инфекции, СПИДе, бронхиальной астме, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях, туберкулезе, о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными. В случаях несообщения вышеперечисленных сведений Исполнитель снимает с себя ответственность за негативные последствия лечения, а Пациент несет ответственность в установленном законом РФ порядке. Указанная информация предоставляется Пациентом путем заполнения «Анкеты о состоянии здоровья».
      2. Провести санацию (лечение зубов и десен) полости рта до начала ортодонтической коррекции, а также неукоснительно соблюдать правила гигиены полости рта во время проведения ортодонтической коррекции. В противном случае возможно возникновение кариозного процесса в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой и заболевание десен.
      3. Выполнять все указания медицинского персонала во время оказания услуги, неукоснительно соблюдать назначения и рекомендации лечащего врача, являться на прием **за 10 минут** до назначенного времени, а при невозможности явки в назначенный срок предупредить об этом Исполнителя не менее, чем **за 24 часа**. При систематической неявке на прием в назначенное врачом время, возможно удлинение сроков ортодонтической коррекции.
      4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, связанных с лечением, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после ортодонтической коррекции.
      5. Проходить не реже, чем 1 раз в 6 месяцев периодический осмотр полости рта у врача-стоматолога-терапевта на наличие заболеваний твердых тканей зубов и парадонта (в т.ч. наличие кист, гранулём и т.д.). Проводить один раз в 3–4 месяца комплексную профессиональную гигиену полости рта и фторирование зубов. Все вышеперечисленные услуги в стоимость по настоящему Договору не входят.
      6. Производить оплату приемов за ортодонтическую коррекцию в порядке, предусмотренном условиями настоящего Договора. В случае отклеивания брекета сохранить его и принести на повторную фиксацию, а в случае утери или разрушения брекетов, оплатить его дополнительную фиксацию в соответствии с действующим Прейскурантом.
      7. При отказе от продолжения лечения Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, при этом Пациент сообщает о своем отказе от лечения Заказчику, который оплачивает оказанные Пациенту услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.
      8. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.
      9. Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике Исполнителя.
      10. После завершения ортодонтической коррекции выполнять Рекомендации по ношению ретенционных капп и (или) несъемных ретейнеров, в течение всего назначенного Исполнителем периода для закрепления полученного результата и проходить регулярные контрольные осмотры по индивидуальному графику, указанному в Акте об оказанных услугах.
   3. **Исполнитель имеет право:** 
      1. Самостоятельно определить необходимый для Пациента характер и объем ортодонтической коррекции.
      2. Требовать от Пациента представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.
      3. На изменение (корректировку) Плана ортодонтической коррекции по объективным медицинским показаниям. В случае, несогласия Пациента с вышеназванными изменениями, Исполнитель оставляет за собой право расторгнуть настоящий Договор.
      4. На изменение стоимости приема, в случае изменения Прейскуранта на медицинские услуги. Исполнитель оставляет за собой право на изменение (повышение) Прейскуранта на медицинские услуги не чаще 1 раза в год и не более, чем на 30%, в связи с изменениями в действующем законодательстве РФ, изменением экономической ситуации (инфляционная составляющая), изменением цен на закупочные материалы.
      5. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.
      6. Отказать в приеме Пациента в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; - если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала.

* + 1. На замену лечащего врача другим врачом той же специализации, уведомив об этом Пациента.
    2. Расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, без возврата суммы, уплаченной на момент расторжения Договора при следующих существенных нарушениях со стороны Пациента:

- при систематической неявке на прием в назначенное врачом время более 6-ти месяцев подряд;

- при систематических невыполнениях назначений лечащего врача;

- при неисполнении Пациентом одной из обязанностей, предусмотренной настоящим Договором.

* 1. **Исполнитель обязуется:**
     1. Своевременно и качественно оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с законом РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011, законом РФ № 2300-1 «О защите прав потребителей» от 07.02.1992, Постановлением правительства РФ № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023, Постановлением правительства РФ № 1048 «Об утверждении положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности» от 29.06.2021, Постановлением правительства РФ № 852 «О лицензировании медицинской деятельности» от 01.06.2021, с «Правилами предоставления платных медицинских услуг Пациентам» (локальный документ Исполнителя)и в соответствии с условиями настоящего Договора
     2. Произвести первичный диагностический осмотр Пациента, установить диагноз, разъяснить преимущества и сложности предлагаемого метода коррекции, составить предварительный план и определить примерные сроки ортодонтической коррекции.
     3. Применять собственные материалы, необходимые для проведения ортодонтической коррекции, а также инструменты и оборудование с обязательной их обработкой в соответствии с санитарными правилами и нормами.
     4. Вести медицинскую документацию и выдавать Пациенту медицинские документы установленного образца (и иные документы) по письменному заявлению с предоставлением копии паспорта гражданина РФ.
     5. Вести учет вида, объема и качества ортодонтической коррекции, а также денежных средств, полученных от Пациента.
     6. По первому требованию Пациента сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п.1.1 настоящего Договора.
     7. Ставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания медицинских услуг и возможных осложнениях, а также о предполагаемой сумме дополнительных расходов по ортодонтической коррекции.
     8. Организовывать за счет Пациента и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях при невозможности их выполнения силами Исполнителя.
     9. Определить срок оказания медицинской (стоматологической) услуги по ортодонтической коррекции в зависимости от медицинских показаний, сложности и этапности лечения в течение **3 лет**, с момента начала предоставления услуги до момента завершения и подписания Акта об оказанных услугах.
     10. Определить для Пациента гарантийный срок на ортодонтическую коррекцию с составлением плана регулярных контрольных осмотров и индивидуальным графиком посещений, объяснив условия, при которых сохраняются гарантийные обязательства. Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- выполнения плана регулярных контрольных осмотров по индивидуальному графику, назначенному Исполнителем;

- выполнение Рекомендаций после завершения ортодонтической коррекции по ношению ретенционных капп;

- своевременного обращения к Исполнителю, в случае появления дискомфорта в области проведенной ортодонтической коррекции;

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, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, возникновение новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно, приводят к изменениям в зубах или окружающим их тканях. Гарантийные обязательства так же не сохраняются в случае обращения Пациента в другие лечебные учреждения для проведения коррекции работ, ранее выполненных Исполнителем.

* + 1. После завершения ортодонтической коррекции назначить Пациенту ретенционный период сроком **на 24 месяца**, при этом наблюдение в этот период Исполнитель осуществляет за счет собственных средств.
    2. Устранить бесплатно недостатки некачественно оказанных услуг, в пределах гарантийных сроков, или, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение двух лет с момента оказания услуг. Гарантийный срок на устанавливаемые в процессе оказания услуг медицинские материалы указывается Изготовителем.
    3. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Пациента информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также врачебную тайну.

1. **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**
   1. Оплата ортодонтичекой коррекции производится Пациентом в соответствии с действующем Прейскурантом, следующим образом:
      1. После подписания настоящего Договора Пациент оплачивает в соответствии с действующим Прейскурантом услугу «Ортодонтическая коррекция с применением брекет-систем: фиксация несъемного аппарата брекет-системы» или услугу «Ортодонтическая коррекция съемным ортодонтическим аппаратом системы Элайнеров».
      2. В последующем Пациент производит оплату услуги «Ортодонтическая коррекция: активация брекет-системы» или Ортодонтическая коррекция: активация системы элайнеров» за каждый прием. При этом, после каждого приема, Пациенту выдается Акт об оказанных услугах. Максимальное количество приемов по ортодонтической коррекции брекет-системами составит **не более 24 (двадцати четырех)**, а по ортодонтической коррекции системы Элайнеров **не более 24 (двадцати четырех)** за весь период лечения. Все приемы сверх установленного максимального количества Исполнитель будет производить за свой счет, исключение составляют осложненные индивидуальные случаи ортодонтической коррекции, оформленные соответствующим образом.
   2. В случае утери или разрушении одного или нескольких брекетов, оплата за их дополнительную фиксацию производится за счет средств самого Пациента в соответствии с действующим Прейскурантом. В случае утери элайнера, Пациент оплачивает стоимость нового в соответствии с действующим Прейскурантом.
      1. Ретенционные каппы в стоимость ортодонтическй коррекции не входят и оплачиваются Пациентом отдельно по Прейскуранту.
      2. на момент изготовления. Оплата ретенционных капп в размере 50% от стоимости изделия осуществляется Пациентами, прошедшими повторную ортодонтическую коррекцию. При утере или поломке ретенционных капп производится 100% оплата их изготовления по действующему Прейскуранту.
      3. Установка несъемного ретейнера в стоимость ортодонтической коррекции не входит и оплачивается Пациентом отдельно по Прейскуранту.
      4. на момент установки. В случае отклеивания несъемного ретейнера, по независящим от Исполнителя причинам, дополнительная его установка оплачивается Пациентом отдельно.
      5. Дополнительные услуги: стоматологическое терапевтическое лечение, реставрация зубов, профессиональная гигиена полости рта, хирургическое вмешательство, установка ортодонтического микровинта, изготовление съемных ортодонтических аппаратов и ортодонтических коронок, временное протезирование зубов, рентгенологическое исследование в стоимость ортодонтической коррекции не входят и оплачиваются Пациентом отдельно по Прейскуранту на момент предоставления вышеназванных услуг.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**
   1. **Исполнитель несет ответственность:**
      1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством при наличии своей вины.
      2. За некачественно оказанную услугу по ортодонтической коррекции, при этом некачественное оказание услуги должно быть установлено врачебной комиссией. В этом случае Исполнитель обязуется устранить недостатки оказанной услуги своими силами.
   2. **Исполнитель не несет перед Пациентом моральной и материальной ответственности:**
      1. В случае возникновения осложнений по вине Пациента: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.
      2. За возникновение осложнений, побочных реакций, ухудшение первичных результатов при отказе Пациента от дополнительных исследований, а также в случае возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению на территории РФ.
      3. За качество лечения, выполненное другими специалистами стоматологического профиля (выпадение пломб, поломка коронок и прочее) во время проведения Исполнителем ортодонтической коррекции. Устранение вышеперечисленных случаев производится за счет средств самого Пациента.
      4. За качество ортодонтическеой коррекции и/или возникновения осложнений при обращении за стоматологической помощью в другое медицинское учреждение (исключение составляют случаи неотложной стоматологической помощи, при нахождении Пациента в другом городе и при подтверждении данного факта выпиской из медицинской карты или заключения врача, рентгеновскими снимками и др.).
   3. **Пациент несет ответственность:**
      1. За достоверность предоставленной информации о состоянии своего здоровья.
      2. За точное, полное и своевременное выполнение всех назначений и рекомендаций медицинского персонала Исполнителя (при несоблюдении данного пункта может снизиться качество ортодонтической коррекции, что повлечет за собой невозможность завершения её в срок или отрицательно скажется на состоянии здоровья Пациента, о чем Пациент предупрежден в письменной форме до заключения настоящего Договора).
      3. За сохранность установленного ему ортодонтического аппарата и приспособлений (при умышленной порче, либо утере Пациент оплачивает Исполнителю стоимость указанной аппаратуры и приспособлений в соответствии с действующим Прейскурантом).
   4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Пациентом ранее оказанных медицинских услуг.
   5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.
   6. При нарушении Исполнителем сроков оказания медицинских услуг Пациент вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом соответствующего профиля.

* 1. Компенсация морального вреда не подлежит возмещению по настоящему Договору.

1. **ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**
   1. Обращения (жалобы) Пациент и Заказчик могут направить на почтовый адрес: **690021, г. Владивосток, ул. Запорожская, 77,** следующим способом: заказным письмом с уведомлением о вручении или при личном обращении Потребителя или Заказчика в клинику Исполнителя.
   2. 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".
   3. 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.
   4. Все возникшие споры и разногласия решаются Сторонами путем переговоров, а в случае невозможности, споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.
   5. Территориальная подсудность споров при подаче Пациентом или Заказчиком-физическим лицом исков по защите своих прав определяется в соответствии с законодательством РФ.
2. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**
   1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента (потребителя) 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 Пациента (потребителя) (п. 24 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).
   2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту и Заказчику не выдаются. Пациент имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.
   3. Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает □ не дает □ (выбрать) свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Пациент уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопротоколирования этапов оказания платных медицинских услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде. Пациент, подписывая настоящий Договор, дает Заказчику право на ознакомление с медицинской документацией и персональными данными, необходимое для осуществления оплаты услуг по настоящему Договору.
   4. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту 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.
   5. Подписывая данный Договор, Пациент 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.
   6. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Заказчиком в соответствии с условиями настоящего Договора.
3. **ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО ДОГОВОРУ.**
   1. Полная информация об условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте www.dental-s.su и на информационном стенде Исполнителя.
   2. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю потребителя) и Заказчику после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, без взимания дополнительной платы устанавливается в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31.07.2020 №789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них“ и осуществляется по письменному запросу Потребителя (его законного представителя) или Заказчика в срок до **30 календарных дней**.
4. **СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА.**
   1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами, и действует **3 года** или до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств. В любом случае окончанием срока действия настоящего Договора будет являться завершение ортодонтической коррекции, т.е. оказание услуги «Снятие аппарата брекет-системы» или услуги «Снятие аттачментов системы Элайнеров» с дальнейшим подписанием соответствующих документов.
   2. Изменение срока действия настоящего Договора регулируется Дополнительными соглашениями, подписанными должным образом обеими Сторонами.
   3. Прекращение и расторжение Договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
   4. Любая из Сторон вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив при этом другой Стороне фактически понесенные расходы.
   5. Все изменения и дополнения к настоящему Договору согласовываются ми и действительны при надлежащем их оформлении.
   6. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из Сторон.
5. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**:  **ООО «ДЕНТАЛ-СТУДИО»**  ИНН 2537118586  Адрес: 690021, г. Владивосток, ул. Запорожская, 77 / Тел.: 8 (423) 22-00-266  Р/сч. 407028101000800000092  в ПАО «Дальневосточный банк», г. Владивосток / БИК 040507705  **Администратор:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О) | **ПАЦИЕНТ**:  **Ф.И.О.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Паспортные данные:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Тел.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пациент**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,**

**ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, свидетельство о рождении\паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ кем выдан(о) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку **ООО «Дентал-Студио», адрес: 690021, г. Владивосток, ул. Запорожская, 77,** (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (статус, Ф.И.О, тел.номер)

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с даты его подписания 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.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) и действует бессрочно.

Подпись пациента (законного представителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) подпись, Ф.И.О.

Представитель Оператора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) подпись, Ф.И.О., должность