|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *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, Исполнитель 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 стоматологических услуг №** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| г. Саратов | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общество с ограниченной ответственностью ООО "Гелиос", в лице Директора Сенькиной Екатерины Михайловны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Гражданка | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| именуемая в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Гражданки | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| именуемой в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем: | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Сведения о Сторонах:** | | | | | | | | | | |
| **Сведения об Исполнителе:** | | | | | | | | | | |
| 1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью "Гелиос", ООО "Гелиос"; | | | | | | | | | | |
| 2. Адрес места нахождения: 410008, Саратовская обл, Саратов г, 2-я Садовая ул, дом № 115/121, помещение 3 | | | | | | | | | | |
| 3. Адрес места оказания медицинских услуг: Саратов г, 2-я Садовая ул, дом № 115/121, оф.3 | | | | | | | | | | |
| 4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 64 номер 002420868, ОГРН 1026403342404, выдано Инспекция Министерства РФ по налогам и сборам по Октябрьскому району г. Саратова | | | | | | | | | | |
| 5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № Л041-01020-64/00349248 от 21 мая 2020 г., выдана Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (410012, г.Саратов, ул Железнодорожная, 72 корп.2, тел. (845-2) 51-63-00) | | | | | | | | | | |
| Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. | | | | | | | | | | |
| Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": http://www.gelios-sar.ru/. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Сведения о Потребителе:** | | | | *(если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик)* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Телефон потребителя (законного представителя потребителя): | | | | | | |  | | | |
| **Сведения о Заказчике:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Телефон Заказчика (заполняется, если Заказчик физическое лицо): | | | | | | |  | | | |
| Наименование, адрес места нахождения и реквизиты Заказчика (заполняется, если Заказчик - юридическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Предмет договора** | | | | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией. | | | | | | | | | | |
| 1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО "Гелиос" в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 1 мая 2023г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Условия и сроки предоставления платных стоматологических услуг** | | | | | | | | | | |
| 2.1. Платные стоматологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика. | | | | | | | | | | |
| 2.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01020-64/00349248 от 21 мая 2020 г.), порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (http://minzdrav.saratov.gov.ru/) | | | | | | | | | | |
| 2.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при стоматологических заболеваниях. | | | | | | | | | | |
| 2.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; 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. | | | | | | | | | | |
| 2.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | |
| 2.6. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен. | | | | | | | | | | |
| 2.7. Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, 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 и сайте Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования. | | | | | | | | | | |
| 2.8. Потребитель 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. | | | | | | | | | | |
| 2.9. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия и графика работы врача и указывается в Плане лечения. (Приложение №1 к договору) | | | | | | | | | | |
| 2.10. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг указываются в Плане лечения (Приложение №1 к договору). | | | | | | | | | | |
| 2.11. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя). | | | | | | | | | | |
| 2.12. Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, профессию, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья 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 (программа Забота 2.0), сбора статистической информации, контроля качества лечения. | | | | | | | | | | |
| 2.13. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установил, как дату своего прихода на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Качество услуг и гарантийные обязательства** | | | | | | | | | | |
| 3.1. Медицинская стоматологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры. | | | | | | | | | | |
| 3.2. Осложнения, наступившие после оказания стоматологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Потребителем рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю. | | | | | | | | | | |
| 3.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой стоматологических методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик (Потребитель) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю. | | | | | | | | | | |
| 3.4. Определить для Заказчика (Потребителя) гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика (Потребителя) в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствии беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздествий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях. | | | | | | | | | | |
| 3.5. Исполнитель устанавливает гарантийный срок с момента завершения лечения на все виды услуг, оказываемых по настоящему договору, в соответствии с действующим Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в ООО "Гелиос" (Приложение №2 - Гарантийный паспорт на стоматологические услуги). | | | | | | | | | | |
| Полная информация об условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте http://www.gelios-sar.ru/ и на информационном стенде Исполнителя. 3.6. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю Потребителя) 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 июля 2020 г. №789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них“ и осуществляется по письменному запросу Потребителя (его законного представителя) в срок до 30 календарных дней. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Стоимость услуг и порядок расчетов** | | | | | | | | | | |
| 4.1. Пациент 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". Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности. | | | | | | | | | | |
| 4.2. Пациент 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 Пациентом при заключении Договора полностью с учетом положений статьи 34 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты. | | | | | | | | | | |
| 4.4. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров** | | | | | | | | | | |
| 5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик (Потребитель) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | |
| 5.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров. | | | | | | | | | | |
| Обращения (жалобы) Потребитель может направить на почтовый адрес: 410008, Саратовская обл, Саратов г, 2-я Садовая ул, дом № 115/121, помещение 3 следующим способом: заказным письмом с уведомлением о вручении или при личном обращении Потребителя (его законного представителя) в клинику Исполнителя. | | | | | | | | | | |
| 5.3. 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. | | | | | | | | | | |
| 5.4. 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". | | | | | | | | | | |
| 5.5. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ. | | | | | | | | | | |
| 5.6. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. Срок действия, изменение и расторжение Договора** | | | | | | | | | | |
| 6.1. 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. | | | | | | | | | | |
| 6.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами 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. | | | | | | | | | | |
| 6.3. 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. | | | | | | | | | | |
| 6.4. Количество экземпляров договора соответствует количеству сторон его подписавших. | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7. Адреса и подписи сторон:** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Исполнитель:** | | | | |  | **Заказчик (Потребитель):** | | | | |
| ООО "Гелиос" | | | | |  | Фамилия: | | | | |
| Юридический и фактич. адрес: | | | | |  | Имя: | | | | |
| 410008, Саратовская обл, Саратов г, 2-я Садовая ул, дом № 115/121, помещение 3 | | | | | | Отчество: | | | | |
| ОГРН - 1026403342404 | | | | |  | Паспорт (номер): | | | | |
| ИНН/КПП - 6454050726/645401001 | | | | |  | Дата выдачи: | | | | |
| ОКПО/ОКВЭД - 55371539/86.10, 86.21., 86.23 | | | | |  | Кем выдан: | | | | |
| БИК - 043601607 | | | | |  | Адрес места жительства: | | | | |
| р/с - 40702810656000006709 | | | | |  |
| к/с - 30101810200000000607 | | | | |  | Телефон: | | | | |
| Банк - ПОВОЛЖСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК | | | | |  | e-mail: | | | | |
| Тел.: 560-360, 370-399, 256-152, 257-052, 256-552 Факс: 8 (8452) 300329 | | | | |  |  |  |  |  |  |
| e-mail: gelios61@yandex.ru | | | | |  |  | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Сенькина Екатерина Михайловна** | | | | | | **Заказчик (Потребитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Администратор-кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |