

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента (его законного представителя) 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, а также уведомляет Пациента (представителя) о возможности получения медицинской помощи в других лечебных учреждениях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_**  
г. Москва «\_\_» **202\_г.**

Я, \_\_\_\_\_ (паспорт \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_),

**Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 18-ти лет:**

являясь законным представителем (указать ф.и.о. ребенка): \_\_\_\_\_

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «**Пациент** (законный представитель)» с одной стороны и ООО «Витадент», свидетельство о присвоении ОГРН 1047796409517, выдано 09.06.2004г. Межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве в лице Генерального директора Скребкова Виктора Юрьевича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-77-01-017407 от 29.01.2019г., выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д.43, тел.8(499)251-83-00) на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, стоматологии общей практики, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента (его законного представителя, далее – представитель) при наличии медицинских показаний оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент (представитель) – принять и оплатить оказанные услуги по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: Москва, ул. Малыгина, д. 3, стр. 2 и ул. Коминтерна, д. 20/2.

1.2. Пациент (представитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора Исполнитель ознакомил его с прейскурантом, Положением о гарантиях, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. ППРФ от 04.10.2012 № 1006, возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы (в т.ч. территориальной) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, осознает, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работника, оказывающего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента (представителя) получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг. Оказание медицинских услуг Исполнителем возможно только при наличии подписанного Пациентом (представителем) информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

2.2. Лечащий врач, назначаемый по выбору Пациента (представителя), в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет возможные варианты диагностики и лечения, предполагаемые результаты, степень риска и возможные осложнения, информирует об этом Пациента (представителя) и получает его информированное добровольное согласие, составляет предварительные планы лечения.

2.3. Предварительный перечень, объем и стоимость услуг зависят от состояния здоровья Пациента, диагноза и указываются в предварительных планах лечения, которые составляются письменно после обследования и диагностики и могут изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются в медицинской карте в виде записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику. Услуги оказываются до момента выполнения Сторонами обязательств по настоящему договору.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Обеспечить качественное оказание услуг в соответствии с медицинскими показаниями, отвечающими требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Оказание услуг осуществляется согласно режиму работы структурных подразделений Исполнителя.

3.1.2. Предоставить возможность ознакомления Пациента (представителя) с информацией на информационном стенде, лицензией, прейскурантом, Правилами предоставления платных медицинских услуг, утв. ППРФ от 04.10.2012 № 1006, настоящим договором, планами лечения, согласием на обработку персональных данных, информированным согласием

на медицинское вмешательство и обеспечить Пациенту реализацию прав в соответствии со ст. 19 ФЗ «Об основах здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.

3.1.3. Хранить в тайне врачебную и иную конфиденциальную информацию, полученную при исполнении настоящего договора, обрабатывать и передавать персональные данные Пациента и представителя в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных».

3.1.4. Информировать Пациента (представителя) в доступной для него форме о целях, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания лечения, об используемых лекарственных средствах, препаратах и медицинских изделиях.

### **3.2. Пациент (представитель) обязан:**

3.2.1. До начала оказания услуг сообщить лечащему врачу все сведения о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), известных ему аллергических реакциях, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также иную информацию, которая может каким-либо образом повлиять на процесс и результат оказания услуг по настоящему договору путем заполнения анкеты, которая является документом-основанием для принятия решений лечащим врачом.

3.2.2. Выполнять все требования персонала Исполнителя; строго соблюдать планы лечения, рекомендации и назначения врачей-специалистов Исполнителя, график визитов, правила поведения и условия гарантii.

3.2.3. Подписывать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства, предварительные планы лечения, после завершения каждого этапа оказания услуг подписывать акты выполненных работ (оказанных услуг) и (или) акты сверки и иные документы и приложения к настоящему договору.

3.2.4. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу. В случае невозможности явки извещать об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа. Исполнитель вправе отказать в оказании услуг при опоздании Пациента более чем на 15 минут либо сократить время оказания услуги.

3.2.5. Во время действия настоящего договора уведомлять Исполнителя о любых изменениях самочувствия, об использовании любых препаратов, лекарств, трав, мазей и т.д. и не получать стоматологические услуги в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.6. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента (представителя), с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

3.2.7. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты.

3.2.8. Посещать клинику Исполнителя 1 раз в 6 месяца для планового профилактического осмотра, если иной срок не установлен врачом.

3.2.9. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по договору в соответствии с прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.10. Заботиться о своем здоровье (здоровье представляемого), принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

### **3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Расторгнуть договор при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя.

3.3.2. Изменять по медицинским показаниям предварительные планы лечения, уведомив об этом Пациента (представителя).

3.3.3. Расторгнуть договор по инициативе Пациента (представителя) в случае несогласия Пациента (представителя) с планами лечения или внесенными в них изменениями, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья Пациента; при невыполнении Пациентом (представителем) назначений медицинского персонала; при наличии медицинских противопоказаний к оказанию услуг со стороны здоровья Пациента или при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента; при нарушении Пациентом (представителем) правил внутреннего распорядка Исполнителя, неявке Пациента на прием без уведомления, при явке на прием в состояниях алкогольного, наркотического (токсикологического) опьянения Пациента (представителя), в случае отказа Пациента (представителя) от продолжения лечения.

3.3.4. В случае возникновения экстренных и неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.

3.3.5. Самостоятельно и по своему выбору привлекать для оказания услуг соисполнителей - другие медицинские организации, лаборатории и квалифицированных специалистов, имеющих соответствующие сертификаты и лицензии.

3.3.6. Устанавливать гарантийные сроки.

3.3.7. Направить Пациента (с его согласия или согласия представителя) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести визит и увеличить сроки оказания услуг.

3.3.8. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.3.9. Осуществлять видео- и фото- съемку до, после и в процессе лечения, использовать фотографии, видео, результаты, описание хода лечения и прочей информации для фиксации динамики достижения запланированного результата и опубликования без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации.

3.3.10. Изменять прейскурант в одностороннем порядке без предварительного уведомления Пациента (представителя) путем размещения на информационном стенде (стойке регистратуры) и сайте Исполнителя [www.vitadentmsk.ru](http://www.vitadentmsk.ru).

### **3.4. Пациент (представитель) имеет право:**

3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.2. На выбор врача с учетом получения согласия последнего осуществлять лечение пациента.

3.4.3. Получать медицинские документы (их копии), знакомиться с медицинской документацией в соответствии с установленными Министерством здравоохранения РФ требованиями.

3.4.4. Растворгнуть договор, предоставив письменный отказ от лечения при условии полной оплаты оказанных по настоящему договору услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

#### **4. Порядок оплаты**

4.1. Пациент (представитель) производит оплату медицинских услуг по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг одним из способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.2. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора. Для постоянного публичного обозрения прейскурант размещен на информационном стенде (стойке регистратуры) и сайте Исполнителя [www.vitadentmsk.ru](http://www.vitadentmsk.ru).

4.3. Оплата ортодонтических и ортопедических услуг осуществляется поэтапно перед выполнением каждого этапа лечения в соответствии с планами лечения. Не менее чем за 10 дней до начала оказания услуг Пациент осуществляет предоплату в размере 100% за выполнение каждого этапа лечения, а также за изготовление конструкций.

4.4. В случае начала лечения по составленным предварительным планам в срок позднее одного месяца стоимость услуг пересчитывается в соответствии с прейскурантом, действующим на момент оказания услуг. Гарантия сохранения стоимости услуг по предварительным планам лечения на более длительный срок (свыше одного месяца) сохраняется только при внесении Пациентом (представителем) предоплаты в полном объеме за предполагаемые по планам лечения услуги.

4.5. При досрочном растворении настоящего договора по инициативе Пациента (представителя), при незавершенном исполнении принятых планов лечения, производится перерасчет стоимости оказанных услуг в соответствии с действующим на момент растворения прейскурантом, без использования (учета) согласованных ранее скидок и специальных цен по акциям; из суммы аванса уплаченной Пациентом, Исполнитель также удерживает стоимость ортодонтических, ортопедических конструкций и расходных материалов. Возврат остатка ранее внесенного аванса после перерасчета производится в течение 10 рабочих дней с момента растворения договора наличными или на счет в банке.

4.6. При неоплате Пациентом (представителем) стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования с Исполнителем рассрочки, Пациент (представитель) оплачивает пени в размере 0,3% от стоимости неоплаченных медицинских услуг за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Пациента (представителя) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

#### **5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с договором и действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом (представителем) в случае:

- неблагоприятного исхода лечения или возникновения осложнений по вине Пациента (представителя): не соблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, нарушение режима лечения, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях и др., невозможности оплаты Пациентом (представителем) всего комплекса стоматологических услуг, если для достижения результата необходимо их комплексное оказание; отказа Пациента (представителя) от лечения;

- возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, сведения о которых не были сообщены Исполнителю, в случаях предоставления Пациентом (представителем) недостоверной информации о состоянии здоровья;

- в случаях оказания медицинской услуги по настоянию Пациента (представителя) против рекомендаций специалистов Исполнителя, в т.ч. неполучения результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом (представителем) при получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и иных приложений к настоящему договору;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению;

- вмешательств самого Пациента или специалиста другой клиники в гарантитную стоматологическую конструкцию или получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на результат лечения, а также нарушения Пациентом (представителем) условий гарантии.

5.3. Исполнитель уведомляет Пациента (представителя) о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту (представителю) сообщается в момент получения его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, а так же гарантийным случаем, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.4. В случае возникновения каких-либо споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны применяют претензионный порядок. Срок рассмотрения претензии – 10 календарных дней с момента получения. Споры о качестве медицинских услуг подлежат рассмотрению врачебной комиссией Исполнителя. В случае, если стороны не смогут разрешить возникшие споры и разногласия путем переговоров и претензионного порядка, они подлежат разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### **6. Гарантийные сроки**

6.1. На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год. На все виды съемных протезов – 6 месяцев. На лечение и протезирование зубов, на которых ранее были пломбы и коронки, установленные не в клинике Исполнителя – 6 месяцев. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели, на временные пломбы – 3 дня. Сроки службы всех постоянных пломб и несъемных ортопедических конструкций составляют 2 года, съемных протезов – 1 год, всех временных протезов – 2 недели, временных пломб – 7 дней.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не овеществлённые результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг согласно принятым стандартам.

6.2. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в Положении о гарантиях, размещенном на информационном стенде Исполнителя.

6.3. Гарантия прекращает свое действие в случаях расторжения договора в соответствии с п. 3.3.3., в случаях предусмотренных п. 5.2. настоящего договора, а также в случае наличия, выявления или возникновения у Пациента в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов, изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий, травм и т.д.), которые напрямую или косвенно негативно сказываются на результатах выполненного лечения.

#### **7. Согласие на обработку персональных данных Пациента**

7.1. Пациент подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, а также в целях организации внутреннего учета клиники. В процессе оказания Услуг по Договору Пациент предоставляет право Исполнителю передавать свои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, должностным лицам Исполнителя в интересах своего обследования, лечения и внутреннего учета клиники. Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Пациента за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.2. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента в т.ч. путем внесения их в электронную базу данных клиники. Исполнитель вправе обмениваться персональными данными с медицинскими организациями (в т.ч. оказывающими зуботехнические, лабораторные и иные услуги), в целях оказания Пациенту соответствующих услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

#### **8. Прочие условия**

8.1. В целях обеспечения безопасности и повышения качества оказываемых услуг, Исполнитель ведёт видеозапись нахождения Пациентов и сопровождающих их лиц в стоматологической клинике.

8.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.

8.4. Расторжение договора возможно по соглашению сторон, а также по инициативе любой из сторон путем направления письменного уведомления не менее чем за 15 дней.

8.5. Настоящий договор заключен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

#### **9. Реквизиты и подписи сторон:**

##### **Исполнитель:**

Наименование орг: ООО "ВитаДент"  
ИНН/КПП: 7715524076/771601001  
ОГРН: 1047796409517  
Название банка: АО «АЛЬФА-БАНК»  
Расч./счёт: 40702810302840000918  
Корр./счёт: 30101810200000000593  
БИК: 044525593  
Юр.и факт.адрес: 129346 Москва, ул.Малыгина д.3, стр.2  
e-mail [vitadent@vitadent.su](mailto:vitadent@vitadent.su)  
Генеральный  
директор: \_\_\_\_\_

##### **Пациент (законный представитель):**

ФИО:  
адрес места проживания:

Подпись\_\_\_\_\_

\* Потребитель \_\_\_\_\_ (дает/не дает) \_\_\_\_\_(подпись) согласие на получение информационных сообщений о записи на прием к специалисту, о продуктах, услугах и деятельности клиники посредством рассылки писем на адрес электронной почты, смс сообщений, а также в мессенджеры Watsapp и Telegram на телефонный номер.