

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.**

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в АО «Стоматологическая поликлиника № 1».

Подпись \_\_\_\_\_

**Договор на оказание медицинских услуг.**

г. Великий Новгород

АО «Стоматологическая поликлиника № 1» в лице главного врача Кеслер Ирины Ефимовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ истории болезни \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Потребителю медицинские стоматологические услуги по перечню в статталононе, являющемся приложением к Договору (далее услуги), а Потребитель обязуется их оплатить. Срок действия договора: по 31.12.\_\_\_\_\_.

1.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Потребитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.3. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.4. Обработка персональных данных осуществляется с согласия потребителя в целях оказания Потребителю медицинских услуг, как автоматизировано, так и без использования средств автоматизации. Обработка персональных данных включает в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и осуществляется в течение всего срока действия настоящего договора и в течение установленного действующим законодательством срока хранения медицинской документации. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Потребителем.

Подпись \_\_\_\_\_

1.5. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Потребителю разъяснено и понятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях, дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Потребитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

**2. Права и обязанности сторон.**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1 Оказать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статталоном качественно и в срок (с учетом п.1.2.).

2.1.2. Оказать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно- гигиенических требований.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Снизить или отказаться от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в АО «Стоматологическая поликлиника № 1»

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.

- 2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценами действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.
- 2.3.3 Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналично через терминал поликлиники или перечислением денежных средства на счет поликлиники. При оформлении статалона может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.
- 2.4. Потребитель имеет право:
- 2.4.1 На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболевания, включая альтернативные.
- 2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

### 3. Ответственность сторон

- 3.1 За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Потребитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, переделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.
- 3.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 4. Заключительные положения.

- 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.
- 4.2. Потребитель признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.
- 4.3. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.
- 4.4 Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.
- 4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (трех) экземплярах. 1 экземпляр на руки Потребителю 2 (и 3) экземпляр(ы) хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.
- 4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя 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, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

### 5. Адреса и реквизиты сторон.

#### Исполнитель

АО «Стоматологическая поликлиника № 1»  
Адрес 173000 Великий Новгород ул. Б. Московская 34/13  
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1025300787214 от 17 02 2002 г. выдано Межрайонной ИФНС России № 9 по Новгородской области  
Р/с 40702810600001001065 в АО НКБ «Славянбанк»  
ИНН 5321057784 КПП 532101001 БИК 044959775 код по ОКНХ 91514 по ОКПО 11808946 ;Лицензия № Л041-01073-53/00225317 от 21.10.2019 г.

на осуществление медицинской деятельности  
Выдана Министерством здравоохранения Новгородской области  
173005 Великий Новгород пл. Победы-Советская д. 1  
телефон (8162) 732-297. 732-582  
Виды деятельности Медицинские услуги.

Главный врач

Содержание договора до Потребителя доведено в разъясненном виде



#### Потребитель

ФИО \_\_\_\_\_

Адрес места жительства \_\_\_\_\_  
Данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_

Законный представитель \_\_\_\_\_

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия \_\_\_\_\_  
представителей \_\_\_\_\_

### Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в АО «Стоматологическая поликлиника № 1».

Подпись \_\_\_\_\_

### Договор на оказание медицинских услуг.

г. Великий Новгород

г.

АО «Стоматологическая поликлиника № 1» в лице главного врача Кеслер Ирины Ефимовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. \_\_\_\_\_ - Законный представитель Потребителя \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Законный представитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Потребителю медицинские стоматологические услуги по перечню в статталооне, являющемся приложением к Договору (далее услуги), а Законный представитель обязуется их оплатить. Срок действия договора: по \_\_. \_\_.202\_\_.

1.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Законный представитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.3. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.4. Обработка персональных данных осуществляется с согласия законного представителя потребителя в целях оказания Потребителю медицинских услуг, как автоматизировано, так и без использования средств автоматизации. Обработка персональных данных включает в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и осуществляется в течение всего срока действия настоящего договора и в течение установленного действующим законодательством срока хранения медицинской документации. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано законным представителем Потребителя.

Подпись \_\_\_\_\_

1.5. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Законному представителю разъяснено и понятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях, дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Законный представитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья Потребителя на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

#### 2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1 Оказать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статталооном качественно и в срок (с учетом п.1.2.).

2.1.2. Оказать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно- гигиенических требований.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Снизить или отказаться от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в АО «Стоматологическая поликлиника № 1»

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.

- 2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценами действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.
- 2.3.3 Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналично через терминал поликлиники или перечислением денежные средства на счет поликлиники. При оформлении статалона может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.
- 2.4. Законный представитель имеет право:
- 2.4.1 На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболевания, включая альтернативные.
- 2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

### 3. Ответственность сторон

- 3.1 За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Законный представитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с с исполнением обязательств по договору.
- 3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Законный представитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, переделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.
- 3.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### 4. Заключительные положения.

- 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.
- 4.2. Законный представитель признает правомочность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.
- 4.3. Законный представитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.
- 4.4 Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.
- 4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (трех) экземплярах. 1 экземпляр на руки Законному представителю 2 (и 3) экземпляр(ы) хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.
- 4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя 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, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

### 5. Адреса и реквизиты сторон.

#### Исполнитель

АО «Стоматологическая поликлиника № 1»  
Адрес 173000 Великий Новгород ул. Б. Московская 34/13  
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1025300787214 от 17 02 2002 г. выдано Межрайонной ИФНС России № 9 по Новгородской области  
Р/с 40702810600001001065 в АО НКБ «Славянбанк»  
ИНН 5321057784 КПП 532101001 БИК 044959775 код по ОКНХ 91514 по ОКПО 11808946 ;Лицензия № Л041-01073-53/00225317 от 21.10.2019 г.

на осуществление медицинской деятельности  
Выдана Министерством здравоохранения Новгородской области  
173005 Великий Новгород пл. Победы-Советская д. 1  
телефон (8162) 732-297. 732-582  
Виды деятельности Медицинские услуги

Главный врач

Содержание договора до Потребителя доведено в разъясненном виде



#### Потребитель

ФИО \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства Великий Новгород, \*\*\*\*\*  
Данные документа, удостоверяющего личность

Год рождения \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_

Законный представитель \_\_\_\_\_, паспорт  
\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия  
представителей \_\_\_\_\_

Плательщик

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.**

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в АО «Стоматологическая поликлиника № 1».

Подпись \_\_\_\_\_

г. Великий Новгород

**Договор на оказание медицинских услуг.**

\_\_\_\_\_ . 202 г.

АО «Стоматологическая поликлиника № 1» в лице главного врача Кеслер Ирины Ефимовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем Потребитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем;

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель обязуется оказать на (без) возмездной основе Потребителю медицинские услуги (далее услуги) в соответствии с п. 1.2. договора, а Потребитель обязуется их оплатить.

1.2. Исполнитель оказывает следующие услуги по действующему Прейскуранту;

**ЗАКАЗ- НАРЯД № \_\_\_\_\_ дата начала услуги \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ дата окончания услуги \_\_\_\_\_**  
**Общий срок выполнения заказа до полугода \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ дней.**  
**Гарант. обязательства до полугода \_\_\_\_\_ 1 год \_\_\_\_\_ лечение не закончено**

Код по прейскуранту	Название услуги по прейскуранту	Кол-во	Стоимость	Примечание
01.1.04	Протезирование зубов съемными пластинчатыми протезами (1 челюсть) методом холодной полимеризации из литевой пластмассы "Кастдон"	1		
01.1.15	Протезирование зубов бюгельным протезом с замковой фиксацией (дуга, литой базис)	1		
01.2.09	Коррекция съемной ортопедической конструкции (усложненная постановка протеза)	1		
01.2.10	Изоляция торуса	2		
01.2.11	Изготовление контрольной модели (вспомогательная - рабочая)	2		
01.2.27	Приварка зуба "IVOCRIL" (планка жевательных зубов)	1		
Д05	Определение прикуса	1		
С01	Снятие одного оттиска эластичной массой (с одной челюсти)	1		
С03	Снятие двойного оттиска с одной челюсти (Спидекс)	1		

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Стоимость \_\_\_\_\_ руб.**  
**Скидка 0.00 руб.**  
**Итого \_\_\_\_\_ руб.**

№ чека	Дата	Сумма	Дата	Время	Примечание
--------	------	-------	------	-------	------------

Оплачено 0 р.

Остаток \_\_\_\_\_ р.

Врач \_\_\_\_\_

Техник \_\_\_\_\_

Регистратор \_\_\_\_\_ Работу принял, претензий к срокам и качеству не имею \_\_\_\_\_

1.3. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Потребитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.4. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.5. Обработка персональных данных осуществляется с согласия потребителя в целях оказания Потребителю медицинских услуг, как автоматизировано, так и без использования средств автоматизации. Обработка персональных данных включает в себя сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях и осуществляется в течение всего срока действия настоящего договора и в течение установленного действующим законодательством срока хранения медицинской документации. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано Потребителем.

Подпись \_\_\_\_\_

1.6. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Потребителю разъяснено и понятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях,

дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Потребитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

## 2. Права и обязанности сторон.

### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статалоном качественно и в срок (с учетом п.1.2.).

2.1.2. Оказать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Снизить или отказаться от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в АО «Стоматологическая поликлиника № 1»

### 2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.

2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценами действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.

2.3.3. Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналично через терминал поликлиники или перечислением денежных средств на счет поликлиники. При оформлении статалона может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.

### 2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболевания, включая альтернативные.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

## 3. Ответственность сторон

3.1. За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Потребитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, переделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.

3.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 4. Заключительные положения.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.

4.2. Потребитель признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.

4.3. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.

4.4. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.

4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (трех) экземплярах. 1 экземпляр на руки Потребителю 2 (и 3) экземпляр(ы) хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.

4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя 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, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

## 5. Адреса и реквизиты сторон.

### Исполнитель

АО «Стоматологическая поликлиника № 1»  
Адрес 173000 Великий Новгород ул. Б. Московская 34/13  
Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1025300787214 от 17.02.2002 г. выдано Межрайонной ИФНС России № 9 по Новгородской области  
Р/с 40702810600001001065 в АО НКБ «Славянбанк»  
ИНН 5321057784 КПП 532101001 БИК 044959775 код по ОКНХ 91514  
по ОКПО 11808946 ;Лицензия № ЛО41-01073-53/00225317 от 21.10.2019 г.

на осуществление медицинской деятельности

Выдана Министерством здравоохранения Новгородской области

173005 Великий Новгород пл. Победы-Свободная д. 1

телефон (8162) 732-297. 732-582

Виды деятельности Медицинские услуги

Главный врач

Содержание договора до Потребителя доведено и разъяснено

### Потребитель

ФИО \_\_\_\_\_  
Адрес места жительства Великий Новгород, \*\*\*\*\*  
Данные документа, удостоверяющего личность  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
Год рождения \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_

Законный представитель

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия  
представителей \_\_\_\_\_

Плательщик

