

Директору
Общества с ограниченной
ответственностью «Дента-Арт-Люкс»

Г. С. Геворкяну

_____ (ф.и.о. полностью)

Адрес регистрации: _____

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас оказать мне платные медицинские услуги и принять меня на лечение в ООО «Дента-Арт-Люкс», расположенном по адресу: г. Пятигорск, пр. Кирова, 47 с «___» _____ 20__ г.

Настоящим подтверждаю, что русским языком владею. данное заявление составлено мною по собственному желанию.

«___» _____ 201__ г. _____ (_____)

До заключения договора я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, 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 несовершеннолетнего пациента. Я полностью понимаю необходимость точного соблюдения указаний (рекомендаций) медицинских работников, в целях недопущения снижения качества медицинской услуги и наступления нежелательных последствий.

«___» _____ 201__ г. _____ (_____)

Договор
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Пятигорск

" " _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Дента-Арт-Люкс», именуемое в дальнейшем «Общество», ОГРН № 1052600248964 (Свидетельство выдано ИФНС по г. Пятигорску СК. 08.08.2005 года), действующее на основании лицензии № ЛО-26-01-000816, выданной 13.10.2010 года, № ЛО-26-01-000779, выданной 19.08.2010 года Комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию (Адрес: г. Ставрополь, ул. Ленина, 415 Д, тел. 8(8652)56-65-78, размещена на официальном сайте Общества www._____, виды деятельности: осуществление доврачебной медицинской помощи, в том числе при осуществлении специализированной медицинской помощи по: стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической), в лице _____, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и

(фамилия, имя, отчество)

именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель (Заказчик)", с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет и срок действия договора

1.1. «Исполнитель» обязуется предоставить "Потребителю (Заказчику)" платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в виде профилактической и лечебно-диагностической помощи или в виде отдельных технологий

а "Потребитель (Заказчик)" обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования, предъявляемые «Исполнителем», направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.

1.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.3. Срок оказания платной медицинской услуги – в течение 10 календарных дней со дня заключения договора. В случае невозможности оказания услуги в указанные сроки, Стороны определяют новый срок оказания услуги.

1.4. «Исполнитель» в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещениях, расположенных по адресу: Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Кирова, дом 47.

1.5. Срок действия Договора предоставления платных медицинских услуг – со дня заключения до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.

2. Цена, порядок и сроки расчетов сторон

2.1. Стоимость медицинских услуг по договору составляет _____ рублей _____ коп.

2.2. Оплата услуг «Исполнителя» по настоящему Договору производится «Потребителем (Заказчиком)» наличными денежными средствами по ценам в соответствии с утвержденными «Исполнителем» тарифами. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых "Потребителю (Заказчику)" утверждается «Исполнителем».

2.3. При оказании «Исполнителем» медицинских услуг "Потребитель (Заказчик)" согласен оплатить предоставляемые медицинские услуги в порядке предоплаты. Также по согласованию сторон допускается оплата по факту выполненных работ.

2.4. Оплата услуг, оказанных «Пациенту» «Исполнителем», производится в российских рублях в кассу «Исполнителя» с выдачей копии квитанции строгой отчетности.

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» вправе:

3.1.1. Получить от «Потребителя (Заказчика)» оплату за оказанные медицинские услуги.

3.1.2. Требовать от «Потребителя (Заказчика)» предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

3.2. «Исполнитель» обязан:

3.2.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.2. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством.

3.2.3. Обеспечить «Потребителя (Заказчика)» информацией, включающей сведения об имеющемся у «Исполнителя» разрешении (лицензии), о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

3.2.4. Обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему Договору обязательств силами собственных специалистов.

3.2.5. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах «Потребителя (Заказчика)», в тайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных разделом 4 настоящего Договора.

3.2.6. «Исполнитель» обязан информировать «Потребителя (Заказчика)» о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, о степени эффективности диагностических методов исследования, о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, о возможных случаях резистентности к проводимой терапии, о связанных с лечением рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.2.7. «Исполнитель» после исполнения договора по требованию «Потребителя», его законного представителя, обязан выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Потребителя (Заказчика)».

3.3. «Потребитель (Заказчик)» вправе:

3.3.1. Получать полную информацию указанную в пунктах 3.2.3, 3.2.6 настоящего договора.

3.3.2. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, оплатив «Исполнителю» фактически понесенные им расходы и оказанные услуги.

3.4. «Потребитель (Заказчик)» обязан:

3.4.1. Предоставить «Исполнителю» информацию, необходимую для установления диагноза и определения методов лечения.

3.4.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные ему «Исполнителем» услуги.

3.4.3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению «Потребителем (Заказчиком)» условий настоящего Договора.

3.4.4. В период оказания услуг неукоснительно выполнять все требования специалистов «Исполнителя», касающиеся курса лечения.

4. Конфиденциальность отношений сторон

4.1. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте предоставления медицинской услуги «Потребителю (Заказчику)», состоянии здоровья «Потребителя (Заказчика)» его диагнозе и иные сведения, полученные «Исполнителем» при обследовании «Потребителя (Заказчик)» и его лечении в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. С согласия «Потребителя (Заказчика)» или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения «Потребителя (Заказчика)».

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя (Заказчика)» или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения «Потребителя (Заказчика)», неспособного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5.2. В случае предоставления «Потребителю (Заказчику)» медицинской услуги ненадлежащего объема и качества, либо в ненадлежащий срок «Исполнитель» несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3. В случае несоблюдения рекомендаций специалиста «Потребителем (Заказчиком)» «Исполнитель» освобождается от ответственности за качество проводимого лечения.

6. Освобождение от ответственности (форс-мажор)

6.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свое обязательство по настоящему Договору, будет освобождена от ответственности в случае, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло в результате наступления чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, то есть обстоятельств непреодолимой силы, за наступление которых ни одна из Сторон не отвечает и которые Стороны не могли и не должны были предвидеть и не смогли предотвратить, несмотря на предпринятые Сторонами попытки их предотвращения (пожары, наводнения, ураганы, военные действия).

7. Расторжение или изменение условий договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

8. Рассмотрение споров

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

8.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (в случае заключения договора с «Заказчиком», в трех экземплярах), каждый из которых имеет одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9.2. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

9.3. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

10. Реквизиты и подписи сторон

<p>«Исполнитель» ООО «Дента-Арт-Люкс» г. Пятигорск, пр. Кирова, 47 тел/факс: _____ ИНН 2632077234, КПП 263201001</p> <p>_____ Директор Г. С. Геворкян м.п.</p>	<p>«Потребитель (Заказчик)»</p> <p>_____ Фамилия, имя, отчество (для юридического лица – наименование)</p> <p>_____ Адрес места жительства (для юридического лица – адрес места нахождения)</p> <p>_____ Телефон</p> <p>_____ паспортные данные:</p> <p>_____</p>
--	---

« » 20 г.

« » 20 г.

**Информированное добровольное согласие на виды
медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных
видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача
и медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи**

Я, _____
_____ (Ф.И.О. гражданина)
" _____ " _____ года рождения,

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Дента-Арт-Люкс», расположенном по адресу: г. Пятигорск, пр. Кирова, д.47.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. N 48, ст. 6724; 2012. N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)

«Дента-Арт-Люкс»

общество с ограниченной ответственностью

Юридический адрес: 357500, Ставропольский край, город Пятигорск, проспект Кирова, 47

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В
ООО «ДЕНТА-АРТ-ЛЮКС»**

Я, _____

(Ф.И.О. полностью).

зарегистрированный(ая) по адресу _____,
паспорт серия и номер _____,

выдан _____

(дата, название выдавшего органа),

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Дента-Арт-Люкс» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « ____ » _____ 20 ____ г. 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Расписался в моем присутствии: _____

(должность, ФИО)