



ДОГОВОР на оказание платных стоматологических услуг

г. Челябинск

«___» _____ г.

ООО Стоматологическая клиника «КРИСТАЛЛ», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Генерального директора Ермакова Станислава Ивановича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, действующий (щая) в интересах _____, именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. **Исполнитель** оказывает платные медицинские услуги (далее именуемые медицинскими услугами) **Заказчику/Потребителю** в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности лицензии № Л041-01024-74/003007590 от 08.08.2016 года (При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи).

1.2. **Заказчик/Потребитель** обязуется принять и оплатить оказанную медицинскую услугу на условиях настоящего Договора.

1.3. Объем и сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и конкретной клинической ситуации **Заказчика/Потребителя** с учетом материально-технической возможности **Исполнителя**, загруженности приема врача. Перечень медицинских услуг, объем, стоимость и сроки лечения согласовываются лечащим врачом с **Заказчиком/Потребителем** до момента начала оказания медицинских услуг, оформляются в твердой или приблизительной смете на оказание медицинских услуг, которая становится неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1).

1.4. Условия, сроки ожидания и предоставления медицинских услуг определяются Приказом генерального директора ООО СК «Кристалл», с которыми **Заказчик/Потребитель** может ознакомиться в регистратуре и на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

1.5. **Исполнителем** к оказанию медицинских услуг могут быть привлечены третьи юридические лица, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг.

1.6. **Заказчик/Потребитель** подписанием настоящего Договора подтверждает предоставление ему сведений о порядках оказания медицинской помощи и стандартах оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг; перечня предоставляемых **Исполнителем** медицинских услуг с указанием их стоимости; об условиях предоставления и получения этих услуг, сведений о квалификации и сертификации медицинских работников **Исполнителя**; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также иной информации, обеспечивающей возможность правильного и осознанного выбора.

1.7. Подписывая данный договор, **Заказчик/Потребитель** подтверждает, что информирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), и понимает, что ООО СК «Кристалл» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает медицинскую помощь платно.

2. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. **Исполнитель** оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу, указанному в лицензии.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи **Заказчика/Потребителя** на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через администратора по номеру +7 (351) 281-30-33 или посредством онлайн записи на сайте www.kristallclinic.ru.

2.3. Необходимым условием для исполнения настоящего Договора является согласие **Заказчика/Потребителя** с предложенным планом лечения, объемом, стоимостью лечения, сроками и порядком лечения, оформленное подписью **Заказчика/Потребителя** в приблизительной смете (Приложение № 1) и информированном добровольном согласии. Цена услуг определена в приблизительной смете (Приложение № 1). В случае необходимости изменения приблизительной сметы во время лечения **Исполнитель** обязан своевременно уведомить **Заказчика/Потребителя**. **Заказчик/Потребитель** вправе потребовать составления твердой сметы, которая не подлежит изменению. Приблизительная и твердая сметы (Приложение №1) являются неотъемлемой частью договора.

В случае увеличения стоимости при оказании платных медицинских услуг **Исполнитель** обязан уведомить **Заказчика/Потребителя** путем подписания новой твердой сметы.

2.4. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по письменному согласованию с **Заказчиком/Потребителем**.

2.5. Отказ **Заказчика/Потребителя** от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, оформляется в письменном виде. В случае отказа **Заказчика/Потребителя** от завершения начатой работы **Исполнитель** возвращает уплаченную сумму за вычетом стоимости уже выполненной работы. В случае отказа **Заказчика/Потребителя** от выполненной работы аванс не возвращается. В случае неблагоприятного исхода лечения, в возможности которого **Заказчик/Потребитель** предупрежден **Исполнителем** до начала лечения (информированное согласие), возврат внесенных **Заказчиком/Потребителем** денежных средств не производится.

2.6. Время явки **Заказчика/Потребителя** на прием согласовывается с **Заказчиком/Потребителем** каждый раз. Согласование даты и времени явки **Заказчика/Потребителя** на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

2.7. Не явка **Заказчика/Потребителя** на прием является основанием для продления срока лечения.

3. Права и обязанности Сторон и условия их реализации

3.1. **Исполнитель** обязан:

3.1.1. Обеспечить предоставление квалифицированных услуг **Заказчику/Потребителю**.

3.1.2. Ознакомить **Заказчика/Потребителя** с условиями предоставления услуг, планом, сроками лечения, стоимостью путем составления твердой или приблизительной сметы на медицинские услуги (Приложение № 1).

3.1.3. Информировать **Заказчика/Потребителя** о гарантиях на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, позволяющие их установить и назначениях/рекомендациях, соблюдение которых необходимо для сохранения достигнутого результата, как на этапах лечения, так и по его завершению.

3.1.4. Оказать **Заказчику/Потребителю** медицинские услуги в установленные сроки, качественно, в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить Перечень медицинских услуг с оказанием дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных настоящим Договором, как то, но не исключительно, с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения и протезирования и так далее, то такие услуги могут быть оказаны только путем предупреждения об этом **Исполнителем** **Заказчика/Потребителя** и его устного согласия.

Исполнитель предлагает **Заказчику/Потребителю** оказывать платные дополнительные медицинские услуги, а также подписать Дополнительное соглашение к настоящему договору на оказание дополнительных платных медицинских услуг (Приложение № 2), а также информированное добровольное согласие на каждый вид дополнительных платных медицинских услуг до их оказания. Отказ **Заказчика/Потребителя** от получения дополнительных платных медицинских услуг на возмездной основе, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если **Исполнитель** придет к выводу, что без оказания дополнительных медицинских услуг на возмездной основе оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для **Заказчика/Потребителя**, Стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией **Исполнителю** фактически понесенных затрат.

3.1.6. **Исполнитель** не несет ответственности за результат оказания медицинских услуг в случае несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий, как то:

а) несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** гигиены полости рта;

б) невыполнения **Заказчиком/Потребителем** назначений, указаний и рекомендаций врачей;

в) несвоевременного сообщения **Заказчиком/Потребителем** о возникших нарушениях и осложнениях;

г) химического и физического повреждения **Заказчиком/Потребителем** пломб, десен, ортопедических приспособлений;

д) невыполнения **Заказчиком/Потребителем** п.3.2. и п.4 настоящего Договора;

е) возникновения осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в стороннем лечебном учреждении;

ж) возникновения аллергических реакций (на лекарственные препараты или материалы), о возможности возникновения которых **Исполнитель** не был предупрежден **Заказчиком/Потребителем**;

з) устранения недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации до момента обращения к **Исполнителю** на прием для очного **Заказчика/Потребителя** по возникшим жалобам.

3.2. Заказчик/Потребитель обязан:

3.2.1. Предоставить необходимую для **Исполнителя** достоверную информацию о состоянии здоровья, принимаемых препаратах и непереносимости лекарственных средств.

3.2.2. Оплатить оказанные **Исполнителем** услуги в соответствии с пунктом 4 настоящего договора.

3.2.3. Соблюдать назначения/рекомендации лечащего врача, включая явки на прием, в том числе для продолжения незавершенного лечения и замены временных ортопедических конструкций, явку на профилактические осмотры и профессиональную гигиену, соблюдение режима гигиены, питания и уход за ротовой полостью после проведенных процедур.

В случае несоблюдения **Заказчиком/Потребителем** рекомендаций по лечению **Исполнителя**, в том числе назначенного режима лечения, **Исполнитель** уведомляет, что это может повлечь следующие негативные последствия:

- Снижение эффективности лечения: запланированный результат терапии может быть не достигнут в полном объеме, либо эффект от лечения окажется кратковременным.

- Увеличение сроков лечения: для достижения первоначально заявленной цели может потребоваться проведение дополнительных процедур, визитов или курсов терапии, что увеличит общий период оказания услуги.

- Ухудшение состояния здоровья: возможно прогрессирование основного заболевания или развитие осложнений, включая те, которые требуют экстренного или стационарного вмешательства.

Невозможность завершения услуги: при систематических нарушениях **Исполнитель** оставляет за собой право приостановить оказание услуги до устранения нарушений со стороны **Заказчика/Потребителя** (при этом услуги, оказанные до приостановки, подлежат оплате).

3.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации и режим лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности **Заказчика/Потребителя**, и правила поведения **Заказчика/Потребителя** в медицинской организации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Положением о порядке оказания платных медицинских услуг в ООО СК «Кристалл».

3.2.5. Удостоверить личной подписью информированное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства, сообщенные сведения о своем здоровье, факт ознакомления с приблизительной, либо твердой сметой (Приложение № 1), факт ознакомления с назначениями и рекомендациями, письменное согласие на обработку, использование и хранение его персональных данных.

3.2.6. Принять оказанные услуги, ознакомившись с выполненным объемом работ, достигнутыми результатами, гарантийными сроками, рекомендациями путем письменного подписания акта выполненных работ.

3.2.7. Соблюдать назначения, указания и рекомендации лечащего врача, установленный **Исполнителем** режим лечения, для сохранения достигнутого результата лечения и гарантийных обязательств **Исполнителя**. В случае несоблюдения данного пункта, **Исполнитель** не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение гарантийных обязательств.

3.2.8. Выполнить план лечения, на реализацию которого **Заказчик/Потребитель** дал согласие. При возникновении обстоятельств, препятствующих выполнению плана, подойти на консультацию к лечащему врачу с тем, чтобы обсудить необходимую коррекцию плана лечения.

3.2.9. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, в период действия гарантийных обязательств **Исполнителя**, а также о принимаемых лекарственных препаратах. В случае несоблюдения данного пункта, **Исполнитель** не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение гарантийных обязательств.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем, стоимость лечения, оказывать дополнительные услуги с письменного согласия **Заказчика/Потребителя**. При возникновении неотложных состояний самостоятельно принимать решения.

3.3.2. При необходимости направлять **Заказчика/Потребителя** в другие медицинские учреждения для консультаций специалистов и проведения дополнительных методов исследования, оплачиваемых **Заказчиком/Потребителем**.

3.3.3. Заменить лечащего врача другим специалистом соответствующей квалификации.

3.3.4. Отказать в приеме **Заказчика/Потребителя** в следующих случаях:

- если **Заказчик/Потребитель** находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- если существует угроза жизни и здоровью персонала **Исполнителя** или других пациентов;

- виновного нарушения **Заказчиком/Потребителем** положения о режиме работы **Исполнителя**.

3.3.5. В случае наступления обстоятельств, которые зависят от **Заказчика/Потребителя** и способны снизить качество оказываемых услуг либо привести к невозможности оказать их в согласованные сроки (несоблюдение **Заказчиком/Потребителем** рекомендаций врача и невыполнение назначений; отказ от дополнительных обследований, необходимых для постановки диагноза и формирования плана лечения, нарушение правил внутреннего распорядка в медицинской организации; некорректное, незтичное, деструктивное и/или оскорбительное поведение **Заказчика/Потребителя** в отношениях с лечащим врачом, врачебным персоналом) **Исполнитель** информирует **Заказчика/Потребителя** о необходимости устранения перечисленных обстоятельств в устной форме, либо в письменном виде, либо путем направления уведомления **Заказчику/Потребителю** на адрес электронной почты. Если после этого **Заказчик/Потребитель** не устранил перечисленные обстоятельства, **Исполнитель** имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с **Заказчиком/Потребителем** (ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей») и потребовать полного возмещения убытков. Отказ возможен только при отсутствии у **Заказчика/Потребителя** состояния, угрожающего его жизни (экстренного состояния).

3.4. Заказчик/Потребитель имеет право:

3.4.1. В случае заключения договора **Заказчиком** в пользу **Потребителя**, последний, подписав согласие, представляет **Исполнителю** право предоставлять **Заказчику** всю информацию, либо её часть, о состоянии своего здоровья, объеме и характере оказываемых медицинских услуг, их стоимости, иную информацию, касающуюся вопросов оказания услуг.

3.4.2. Получать информацию о состоянии здоровья, относящуюся к компетенции специалистов **Исполнителя**, получать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

3.4.3. Сведения о Порядке и условиях выдачи **Заказчику/Потребителю** копий медицинских документов, копий, выписок после оказания услуги, отражающих сведения о состоянии здоровья **Потребителя**, оказанных услугах, проведенных диагностических исследованиях, применяемых лекарственных препаратах осуществляются в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 789Н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», размещенного на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

3.4.4. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых **Исполнителем** услугах.

3.4.5. Выбирать время приема врача из имеющегося свободного в расписании.

3.4.6. Знакомится с документами, подтверждающими квалификацию лечащего врача и правоспособность **Исполнителя**.

3.4.7. На облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством.

3.4.8. Отказаться от услуг **Исполнителя**, расторгнуть договор при условии полной оплаты фактически понесенных **Исполнителем** расходов по настоящему договору.

3.4.9. При обнаружении недостатков оказанной услуги **Заказчик/Потребитель** имеет право требовать их устранения в соответствии со статьей 29 «Закона о защите прав потребителей».

3.4.10. При применении медицинских изделий получить информацию о сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к применению. Также **Заказчику/Потребителю** предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

4. Стоимость услуг, сроки и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденными **Исполнителем** и привлекаемыми им третьими лицами в соответствии с условиями настоящего Договора, действующим на момент получения **Потребителем** медицинских услуг, с которыми **Заказчик/Потребитель** предварительно знакомится до подписания договора, и фиксируется в приблизительной, либо в твердой смете (Приложение № 1). Оплата всех сумм по договору производится в российских рублях, включающих все налоги. С действующим прейскурантом **Заказчик/Потребитель** может ознакомиться на информационном стенде в холле Клиники и на сайте **Исполнителя** www.kristallclinic.ru.

Подписывая настоящий договор, **Заказчик/Потребитель** подтверждает факт ознакомления и согласия с прейскурантом **Исполнителя**.

4.2. Стороны соглашаются, что при хирургическом и терапевтическом лечении оплата производится после каждого посещения.

4.3. Ортопедические работы до начала их изготовления оплачиваются **Заказчиком/Потребителем** в размере не менее 50% от стоимости услуг по ордеру, оформленному лечащим врачом, окончательный расчет за ортопедическое лечение производится **Заказчиком/Потребителем** в день сдачи, до фиксации ортопедической конструкции, путем внесения в кассу **Исполнителя** оставшейся суммы.

4.4. **Заказчик/Потребитель** производит оплату за оказанную услугу (или часть услуги) по факту выполнения в следующем порядке:

1) наличными денежными средствами путем внесения в кассу **Исполнителя**;

2) безналичным платежом путем применения банковской платежной карты через терминал, находящийся в кассе **Исполнителя**.

4.5. В случае невозможности исполнения Договора, возникшей по вине **Заказчика/Потребителя**, услуги **Исполнителя** подлежат оплате **Заказчиком/Потребителем** в полном объеме.

4.6. В случае обращения **Заказчика/Потребителя** с полисом (направлением, гарантийным письмом и т.д.) ДМС страховой компании, с которой **Исполнитель** имеет договорные отношения. Оказанные услуги, в рамках страховой программы, оплачивает страховая компания. Услуги, не входящие в программу ДМС **Заказчика/Потребителя**, оплачиваются **Заказчиком/Потребителем** за счет собственных средств, в порядке и размере, предусмотренном настоящим Договором.

4.7. **Заказчик/Потребитель** несет ответственность за уклонение от уплаты услуг (просрочку оплаты) в виде пени в размере 0,1% в день от суммы задолженности за каждый день просрочки.

5. Гарантийные обязательства

- Исполнитель принимает на себя обязательства по предоставлению гарантийного срока на выполненные работы согласно Положению о гарантиях, с которым Исполнитель может ознакомиться в регистратуре и на сайте Исполнителя www.kristallclinic.ru.
- Исполнитель выполняет гарантийные обязательства, в период их действия, при соблюдении Заказчиком/Потребителем следующих условий:
- прохождение Заказчиком/Потребителем профилактических осмотров у Исполнителя не менее двух раз в год;
 - соблюдение Заказчиком/Потребителем гигиены полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача, в т.ч. и прохождение регулярной профессиональной гигиены полости рта.
- 5.3. В случае выявления осложнений, недостатков и иных отклонений, в процессе лечения, пользования пломбами или зубными протезами в течение гарантийного срока, незамедлительно обратиться первоначально к Исполнителю с целью фиксации факта осложнения, недостатка и иного отклонения, а также первой помощи. В случае несоблюдения данного пункта, Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение гарантийных обязательств.
- 5.5. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, вероятность которых не могут полностью исключить используемые знания и технологии, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.
- 5.6. В течение гарантийного срока стоматологическая клиника за свой счет устраняет любые возникшие существенные недостатки и дефекты, делающие невозможным дальнейшую эксплуатацию результата работы.
- 5.7. По истечении гарантийных сроков, любые возникшие недостатки устраняются за счет Заказчика/Потребителя.

6. Ответственность Сторон за невыполнение условий договора и рассмотрение споров.

- 6.1. При возникновении споров по качеству, срокам или иным условиям оказания услуг, Заказчик/Потребитель вправе обратиться к Исполнителю с письменным заявлением, которое подлежит рассмотрению в установленные сроки согласно закону от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».
- Адрес для направления обращений: г. Челябинск, ул. Университетская Набережная, 28.
- 6.2. Споры по настоящему Договору разрешаются в претензионном порядке. При предъявлении Заказчиком/Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования, либо направляет мотивированный отказ в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом РФ «О защите прав потребителей». При не достижении согласия Стороны передают спор на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 6.3. В случае отказа Заказчика/Потребителя от завершения начатой работы, Исполнитель возвращает уплаченную сумму за вычетом стоимости уже выполненной работы.
- 6.4. При невыполнении п.3.2.1-3.2.5 и п.4 настоящего Договора, Исполнитель может расторгнуть Договор в одностороннем порядке и ответственности не несет. Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.
- 6.5. Заказчик/Потребитель несет ответственность за достоверность сведений, указанных в договоре и информированном согласии на медицинское вмешательство.
- 6.6. Исполнитель не несет ответственности за возможные последствия у Заказчика/Потребителя в случае:
- 6.6.1. Получения от Заказчика/Потребителя отказа от медицинского вмешательства или требования его прекращения.
 - 6.6.2. Невявки или несвоевременной явки Заказчика/Потребителя на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры.
 - 6.6.3. Досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика/Потребителя.
 - 6.6.4. Несообщения или недостоверного сообщения Заказчиком/Потребителем существенных сведений о состоянии своего здоровья.
 - 6.6.5. Несоблюдения Заказчиком/Потребителем предписаний и рекомендаций, выданных лечащим врачом.
 - 6.6.6. При возникновении осложнений при лечении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении.
- 6.7. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. В качестве форс-мажорных обстоятельств, в том числе, признаются: решения органов муниципальной и государственной власти, коммунальные аварии, связанные с отключением тепла, электроэнергии, воды.

7. Прочие условия

- 7.1. Договор считается заключенным с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств обеими сторонами на 1 (Один) год. Договор считается продленным на каждый последующий год, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении. Число таких пролонгаций не ограничено. В части не исполненных обязательств, действие настоящего договора сохраняется и после расторжения. Договор заключен в трех экземплярах по одному для каждой из сторон.
- 7.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, при условии оплаты фактически понесенных расходов другой Стороны.
- 7.3. В случае отказа Заказчика/Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 7.4. Все дополнительные соглашения и приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.
- 7.5. Стороны договорились, что при подписании договора Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.
- 7.6. Исполнитель обязуется осуществлять ведение и хранение медицинской документации Заказчика/Потребителя, включая медицинскую карту, в соответствии с требованиями, установленными действующим законодательством РФ.
- 7.7. Заказчик/Потребитель предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.
- 7.8. Подписанием настоящего Договора Заказчик/Потребитель дает Исполнителю на осуществление фото/видео фиксации хода лечения и его результатов, в состоянии до и после лечения; на использование полученных фото/видео материалов в образовательных целях, для повышения квалификации сотрудников, в научных целях, с целью контроля качества оказанного лечения, в средствах массовой информации и (или) сети Интернет при проведении рекламных и маркетинговых акций, без указания персональных данных Заказчика/Потребителя.
- 7.9. Подписанием настоящего Договора Заказчик/Потребитель дает Исполнителю свое добровольное согласие на обработку персональных данных (включая автоматизированную) в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».
- 7.10. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим Законодательством РФ.

8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон:

Исполнитель:
ООО Стоматологическая Клиника «КРИСТАЛЛ»

Юр. адрес: 454016, г. Челябинск, ул. Университетская Набережная, д.28
Тел.: 281-30-40, 281-30-33, 89518129880
Сайт: www.kristallclinic.ru
ИНН/КПП: 7448069625/744701001
ОГРН: 1057422042897 / БИК 046577964
р/сч.: 40702810738150001846
в Филиал «ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК» г. Екатеринбург
к/с 30101810100000000964
Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01024-74/00307590 от 08.08.2016г., выдана Министерством здравоохранения Челябинской области

Генеральный директор _____ Ермаков С.И.
м.п.

Потребитель:

ФИО Пациента
Адрес Регистрации Пациента
Фактический Адрес Пациента
Email Пациента
Телефон Пациента
Паспортные Данные Пациента/свидетельство о рождении Потребителя
*При отсутствии паспорта, данные внесены со слов Потребителя

Законный представитель/лицо, заключающее договор от имени Потребителя:

ФИО ЗП
Телефон ЗП
Адрес Фактический ЗП
Адрес Регистрации ЗП
Email ЗП
Паспортные Данные ЗП
Действующий(ая) на основании доверенности: _____

*При отсутствии паспорта, данные внесены со слов Законного представителя
«Со всеми пунктами договора ознакомлен согласен»
Экземпляр договора на руки получен
ФИО ЗП

Согласно Федеральному закону № 126-ФЗ от 07.07.2013г. «О связи», даю согласие получать информацию от ООО СК «КРИСТАЛЛ» в виде смс-сообщений о назначенном приеме на указанный выше номер телефона.
ФИО ЗП
