

## ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

с. Черный Яр

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Индивидуальный предприниматель Тухватуллина Т. А. именуемый в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», и действующий на основании лицензии ЛО-ЗО-01-000787 выданной Министерством здравоохранения Астраханской обл. 25.07.2013 г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_,

именуемый (ая) \_\_\_\_\_, в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», другой стороны, заключили настоящий Договор о следующем.

### 1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

#### 1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование (коммерческое обозначение) «СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ»;  
1.1.2. Адрес места нахождения: Астраханская обл. с. Черный Яр ул. Л. Рейснер д.6 ,кв.1 416230  
1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: Астраханская обл. с.Черный Яр ул. Л. Рейснер , д. 6 «а» 416230;  
1.1.4. Свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя от 29 апреля 2004г. № 304302012000112 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службой № 2 по Астраханской обл. серия 30 № 000679185  
Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе от 21.11.2000 г. серия 30 №00573308 ИНН301100701761 1.1.5. Лицензия на осуществление медицинской деятельности.

ЛО-ЗО-01-000787 выданной Министерством здравоохранения Астраханской обл. 25.07.2013 г.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя.

1.1.6. Контактный номер телефона +79272801202

#### 1.2. Сведения о ПАЦИЕНТЕ

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (*если имеется*), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать ПАЦИЕНТУ платные медицинские услуги по стоматологии терапевтической и ортопедической а ПАЦИЕНТ обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора ПАЦИЕНТУ предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в государственных бюджетных медицинских учреждениях, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг по стоматологии терапевтической и ортопедической .

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания помощи и ожидаемых результатах;

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

#### 3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. ПАЦИЕНТ ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств. 3.4. Исполнитель разъясняет, а ПАЦИЕНТ понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию ПАЦИЕНТА на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

#### 4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления ПАЦИЕНТА и согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. ПАЦИЕНТ предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. ПАЦИЕНТ незамедлительно ставит в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются ПАЦИЕНТУ медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья его полости рта после получения платных медицинских услуг.

4.7. ПАЦИЕНТ дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных ПАЦИЕНТА, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную

действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью ПАЦИЕНТА в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. ПАЦИЕНТ несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. ПАЦИЕНТ несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

#### **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа ПАЦИЕНТА после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом ПАЦИЕНТ оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

7.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

#### **8.1. СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: «Стоматологический кабинет» индивидуального предпринимателя ТУХВАТУЛЛИНА Т.А. Астраханская обл. с. Черный Яр ул.Л. Рейснер д.: «а»

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг по стоматологии терапевтической и ортопедической.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме в течении действия договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

#### **9.1. ПОДПИСИ СТОРОН**

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме ПАЦИЕНТА о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подпись ПАЦИЕНТА \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Данные  
паспорта: \_\_\_\_\_

ИСПОЛНИТЕЛЬ: \_\_\_\_\_/ТУХВАТУЛЛИНА Т.А./\_