

Закключая договор, я подтверждаю, что до заключения Договора я уведомлен(а), что:

1. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
2. Я имею возможность получения медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи (далее – Программа). Исполнитель не участвует в программе. Бесплатная медицинская помощь оказывается исключительно в экстренной форме при состояниях, угрожающих жизни пациента, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».
3. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила нахождения пациентов и посетителей в стоматологическом центре ООО «Добрый День». Я понимаю, что законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного пациента несет полную ответственность за соблюдение таким пациентом указанных требований.
4. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, с учётом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций. Порядок предоставления платных медицинских услуг указан в **Правилах предоставления платных медицинских и немедицинских услуг ООО «Добрый День»** (далее - Правила). Объём и характер медицинских услуг определяются медицинскими показаниями и согласованным планом лечения.
5. Я подтверждаю согласие на оказание медицинских услуг в объёме, предусмотренном планом лечения, включая отдельные консультации и (или) медицинские вмешательства.
6. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что при предоставлении Услуг после начала их оказания может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (планом лечения), так как определение точного объема Услуг в ряде случаев невозможно до проведения консультаций, осмотров и/или обследований.
7. Я подтверждаю, что, до подписания настоящего договора мне была предоставлена в доступной форме информация о порядке оказания платных медицинских услуг, включая:
 - сведения об исполнителе, лицензии, перечне и стоимости услуг;
 - порядок, условия и стандарты оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении Услуг;
 - порядок предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (указанный в Правилах);
 - информацию о медицинских работниках, ответственных за оказание услуги (их профессиональном образовании и квалификации, опыте работы);
 - сведения о возможных рисках, последствиях и результатах вмешательства;Я ознакомлен(а) с **Правилами**, размещёнными на официальном сайте стоматологического центра по адресу <https://dobroden.ru/> (доступными для скачивания по QR коду, указанному в договоре), а также на информационном стенде и у администратора клиники в распечатанном виде.
Я подтверждаю согласие с **Правилами**, в том числе требования к режиму лечения и условия сохранения гарантийных обязательств.
Настоящая информация доведена до меня до момента заключения договора, вопросов по условиям предоставления медицинских услуг не имею.

_____ (фамилия, имя, отчество пациента или его законного представителя)

_____ (подпись)

Договор на предоставление платных медицинских услуг от _____.

Сторонами Договора являются:

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Добрый День»

Заказчик (законный представитель потребителя, приобретающий Услуги в пользу потребителя (пациента):

Степень родства: _____ на основании: _____

ФИО: _____

дата рождения: _____ место рождения: _____

паспорт серия: _____ №: _____ дата выдачи: _____ код подр. _____

кем выдан: _____

адрес: _____

моб. тел. _____ email: _____

Потребитель (пациент) (раздел заполняется, если заказчик и пациент - разные лица):

ФИО: _____

дата рождения: _____ место рождения: _____

паспорт серия: _____ №: _____ дата выдачи: _____ код подр. _____

кем выдан: _____

адрес: _____

моб. тел. _____ email: _____

далее также совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона».

- 1. Перечень предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки и порядок оплаты.** Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги согласно лицензии: анестезиологии и реаниматологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии профилактической; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; челюстно-лицевой хирургии; по экспертизе временной нетрудоспособности (далее - «Услуги»), а Пациент (Заказчик) обязуется их принять и оплатить. Перечень Услуг в соответствии с номенклатурой и их стоимость указаны в Прейскуранте, опубликованном на сайте Исполнителя www.dobroden.ru, а также размещенном на информационном стенде в клинике Исполнителя. Порядок и сроки оплаты различных видов Услуг установлен **Правилами** (см. п.4 Договора). Перечень, срок предоставления Услуг, их объем и стоимость указываются в приложениях к Договору - планах лечения (комплексный, по специализации, по обращению).
- 2. Условия и сроки ожидания Услуг.** Дата и время предоставления Услуг Исполнителем согласуются Сторонами при записи Пациента на прием к лечащему врачу. Продолжительность и график предоставления Услуг определяется специалистом Исполнителя исходя из Плана лечения, состояния здоровья Пациента и вида Услуг. Услуги оказываются Исполнителем только по предварительной записи, ожидание приема Пациентом, как правило, не предусмотрено.
- 3. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора Стороны несут ответственность, предусмотренную Договором, Правилами и действующим законодательством РФ.
- 4. Порядок заключения, изменения и расторжения договора.**
- 4.1. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
- 4.2. Неотъемлемыми частями настоящего Договора являются: «Перечень услуг, оказанных в рамках договора», «Медицинская карта стоматологического больного», «Информированное добровольное согласие». Фотографии, выполненные в клинике, являются неотъемлемой частью медицинской карты стоматологического больного.
- 4.3. Срок действия настоящего Договора составляет 12 (двенадцать) месяцев с даты его подписания. При каждом обращении Пациента в Клинику в течение срока действия Договора срок его действия автоматически продлевается на 12 (двенадцать) месяцев с даты такого обращения при условии обязательной актуализации анкетных и медицинских данных Пациента. Если Пациент не обращался в Клинику в течение 12 (двенадцати) месяцев подряд, действие Договора прекращается. При повторном обращении Стороны заключают новый договор в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 4.4. Пациент вправе отказаться от исполнения Договора до начала оказания услуги. Исполнитель вправе требовать оплату документально подтвержденных фактических расходов, связанных с подготовкой к оказанию услуги (приобретенные материалы, лабораторные заказы, иные подтвержденные расходы). Время специалиста и организационные расходы не относятся к фактически понесенным расходам, если не доказано обратное.
- 4.5. При отказе после начала оказания услуг Пациент оплачивает фактически оказанные услуги согласно акту выполненных работ и прейскуранту, действовавшему на дату оказания.
- 4.6. Изделия (коронки, протезы и т.п.), изготовленные по индивидуальным параметрам Пациента, являются товарами с индивидуально-определенными свойствами. В соответствии со ст.32 Закона РФ «О защите прав потребителей» и ст.782 ГК РФ Пациент обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы на изготовление изделия, подтвержденные документами. В случае полного изготовления изделия Пациент обязан оплатить его стоимость в полном объеме.
- 4.7. Пациент считается отказавшимся от получения Услуг в назначенное время, если он не уведомил Исполнителя о переносе приема (путем личного обращения, телефонного звонка или SMS-сообщения) и отсутствует в месте оказания услуг более 30 (тридцати) минут с момента начала назначенного приема.
- 4.8. Исполнитель вправе отказаться от дальнейшего оказания плановой медицинской помощи при неоднократных (3 и более) неявках, грубых нарушениях правил, либо при отсутствии возможности достижения результата по объективным медицинским показаниям. Отказ не допускается в случаях оказания экстренной помощи. Об отказе исполнитель уведомляет Пациента письменно.
- 5. Порядок и условия выдачи потребителю (его законному представителю) медицинских документов (их копий, выписок из них) без взимания дополнительной платы.** Медицинские документы, их копии и выписки из них выдаются в порядке, установленном Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н. Запрос может быть направлен при личном обращении в клинику Исполнителя, путем направления сообщения на email (п.6 Договора) либо путем подачи электронного обращения на сайт Исполнителя. Максимальный срок выдачи копий/выписок из медицинских документов составляет 30 (тридцать) календарных дней с даты регистрации запроса Заказчика/Пациента.

6. Сведения об исполнителе и подписи сторон:

ООО «Добрый День»	Заказчик
<p>650004, г. Кемерово, ул. Соборная д.12. помещение 2, тел: +7 (3842) 900-888 ИНН 4205286929, ОГРН 1144205007100 Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01161-42/00349246 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 19.05.2020, срок действия: бессрочная Сайт: dobroden.ru Email: info@dobroden.ru</p> <p>Представитель исполнителя: администратор /Фамилия И.О./</p> <p>(доверенность от _____ № _____)</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ФИО)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(подпись)</p> <p>Я, законный представитель (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего пациента, настоящим даю согласие на совершение им сделки в соотв. с п. 1 ст. 26 ГК РФ.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ФИО)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(подпись)</p> <p>Подтверждаю, что не возражаю против его/её самостоятельного посещения клиники «Добрый День» без моего сопровождения для получения медицинской помощи в рамках настоящего Договора и согласованных планов лечения.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(ФИО)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(подпись)</p>

7. Прочие условия оказания медицинских услуг установлены Правилами. Правила являются неотъемлемой частью Договора и обязательны для выполнения сторонами Договора.

Просим ознакомиться с Правилами до первого визита в клинику «Добрый День».

[Скачать Правила предоставления платных медицинских и немедицинских услуг ООО «Добрый День».](#)

