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

**медицинской организации**

Общество с ограниченной ответственностью «ЛАХТА ДЕНТАЛ» в соответствии с п. 20, п. 24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 уведомляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., зарегистрированного(ую) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ую) в дальнейшем «Заказчик», действующего(ую) в интересах несовершеннолетнего(ей) (недееспособного(ой)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

о том, что Пациент обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях, а так же что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации  (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 Пациента.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, подпись Заказчика)*

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ НА**

**ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Санкт-Петербург | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», дата рождения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г., КП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего(ей) (недееспособного(ой)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью** «**ЛАХТА ДЕНТАЛ**» (г. Санкт-Петербург) (Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц о присвоении ОГРН № 1217800070388 от 29.04.2021г., выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу. Лицензия на осуществление медицинской деятельности рег. № Л041-01148-78/00662282 от 11.07.2023г., выданная Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга (191023, Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. [+7 (812) 63-555-77](http://zdrav.spb.ru/ru/admin/flatpages/customflatpage/22/tel.:8%20(812)%2063-555-77%20)). Предмет лицензии: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности), именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице генерального директора Изака Александра Сергеевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

**УВЕДОМЛЕНИЯ, ИНФОРМИРОВАНИЕ И СОГЛАСИЯ ЗАКАЗЧИКА**

В момент заключения настоящего Договора Я, Заказчик, действующий в интересах Пациента:

1. Информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской стоматологической помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2. Ознакомлен с перечнем услуг и Прейскурантом Клиники, понимаю содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. Заказчик соглашается, что оплата медицинских стоматологических услуг, оказываемых по настоящему Договору Пациенту, производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату оказания услуги и доступным для ознакомления Заказчику на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.

3. Информирован и согласен с тем, что при наличии медицинских показаний Стороны вправе согласовать проведение отдельных консультаций и медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4. Информирован и согласен с тем, что в целях обеспечения безопасности, а также соблюдения Заказчиками, Пациентами и работниками Клиники правил нахождения и поведения на территории Клиники ведется видеонаблюдение. Размещение системы видеонаблюдения сопровождается соответствующими информационными опознавательными знаками (наклейками).

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Клиника на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (далее – «Медицинские услуги»), а Заказчик обязуется оплачивать Клинике оказываемые Пациенту услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
   2. Данные о пациенте:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные (данные Свидетельства о рождении) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 191014, Россия, г. Санкт-Петербург, Ковенский пер, д. 5, лит. Б, пом 9-Н.
  2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается Клиникой:
     1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
     2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
     3. на основе клинических рекомендаций;
     4. с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. **Клиника обязуется:**
      1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
      2. Не разглашать врачебную тайну, руководствуясь действующим законодательством РФ.
      3. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
      4. Предоставить Заказчику информацию о медицинских работниках (ФИО), их образовании и медицинской специализации.
      5. Представлять Заказчику информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе о заболевании, диагнозе, методах лечения. Ознакомить Заказчика с результатами осмотра, диагнозом, возможными вариантами лечения и ориентировочной стоимостью лечения, а при возникновении необходимости их изменения - согласовать такие изменения с Заказчиком.
      6. В рамках исполнения настоящего Договора выдавать Заказчику (и Пациенту) по его письменному запросу копию настоящего Договора с Приложениями и Дополнительными соглашениями к нему, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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, без взимания дополнительной платы в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения запроса.
      7. Информировать Заказчика об обстоятельствах, объективно препятствующих возможности оказания услуг по Договору.
      8. В случае не подписания Заказчиком информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (медицинские услуги) в отношении Пациента, не достигшего возраста 15 лет (или 16 лет для больных наркоманией) Клиника Обязана приостановить оказание соответствующих услуг до момента дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, при этом Клиника не несет ответственность на нарушение сроков оказания услуг и за иные последствия, вызванные приостановкой оказания услуг.
   2. **Заказчик обязуется:**
      1. Предоставить Клинике известную ему информацию и документы о состоянии здоровья Пациента.
      2. Давать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства (медицинские услуги) в письменной форме в отношении Пациента, не достигшего возраста 15 лет (или 16 лет для больных наркоманией).
      3. Обеспечить выполнение Пациентом всех указаний и рекомендаций медицинских работников Клиники, связанных с оказанием медицинских услуг, а также соблюдение режима лечения, в том числе определенного на период временно нетрудоспособности, и правил поведения Пациента в Клинике.
      4. Обеспечить явку Пациента на медицинский прием в согласованное Сторонами время. В случаях обстоятельств, препятствующих явке для получения услуг, Заказчик и/или Пациент информирует Клинику о таком обстоятельстве заблаговременно.
      5. Подписывать документы об оказании медицинских услуг (акт об оказанных платных медицинских услугах, далее - акт). В случае отказа от подписания акта без предоставления мотивированного отказа от подписания акта в течение одного дня с момента оказания услуг или отсутствия в момент окончания оказания услуг Заказчика или иного уполномоченного им лица, в акте делается пометка об этом, и акт подписывается Клиникой в одностороннем порядке. В таком случае услуги, оказанные Клиникой, считаются принятыми Заказчиком в полном объеме.
      6. Кроме того, Заказчик обязан:
      7. информировать врача о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания ему медицинской помощи;
      8. незамедлительно ставить в известность Клинику о любых изменениях самочувствия (дискомфорте, беспокойстве), связанных со здоровьем Пациента, а также о других обстоятельствах, которые могут повлиять на достижения запланированных результатов оказываемых медицинских услуг (лечения);
      9. обеспечивать соблюдение Пациентом режима работы Клиники.
      10. Бережно относиться к имуществу Клиники и обеспечить соблюдение Пациентом такого же бережного отношения. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного деянием Заказчика, Пациента и/или лиц его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике нанесенный ущерб в полном объеме.
   3. **Клиника имеет право:**
      1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания медицинских услуг (лечения) Пациенту.
      2. Получать от Заказчика и Пациента сведения и медицинские документы о состоянии здоровья Пациента, необходимые для оказания медицинских услуг.
      3. Отказать во врачебном приеме Пациенту и/или в оказании ему медицинских услуг в случаях:
2. если есть подозрения (соматические проявления), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
3. в действиях Пациента и/или лиц его сопровождающих есть угроза жизни или здоровью работников Клиники и/или Пациент не следует рекомендациям работников Клиники;
4. если Заказчик отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии здоровья Пациента (в рамках сбора анамнеза);
5. если у Пациента выявлены (имеются) противопоказания к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
6. у Пациента нет показаний для оказания медицинской услуги;
7. Заказчик и Пациент выразили желание получить медицинские услуги, которые по объему, способу, этапности расцениваются как неэффективные и(или) недопустимые;
8. неоплаты медицинских услуг.
   * 1. При необходимости привлекать сторонние медицинские организации и специалистов с соответствующей квалификацией для оказания медицинских услуг.
     2. Оказывать дополнительные медицинские услуги Пациенту без заключения соответствующего Дополнительного соглашения к настоящему Договору в соответствии со стоимостью услуг, указанной в Прейскуранте Клиники на дату оказания дополнительных медицинских услуг, размещенном на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.
     3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту.
     4. Отменить назначенный визит или перенести его на другое время в случае опоздания Заказчика и/или Пациента на визит к врачу более чем на 15 (пятнадцать минут) или на 25% от запланированного времени приема с уведомлением об этом Заказчика и/или Пациента.
   1. **Заказчик имеет право:**
      1. Получать информацию о состоянии здоровья Пациента, перечне, стоимости и результатах оказываемых услуг.
      2. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь, лечение) в отношении Пациента.
      3. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Клиники.
      4. Отказаться от получения медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Заказчик оплачивает расходы, понесенные Клиникой на момент такого отказа от услуг.
      5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента.
      6. Направлять в письменном виде обращения, жалобы Клинике по адресам, указанным в настоящем Договоре, а также в органы государственной власти и организации по форме и способами, установленными действующим законодательством РФ.
9. **ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**
   1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза, Сторонами может быть составлен предварительный план лечения. При составлении предварительного плана лечения лечащий врач учитывает состояние здоровья Пациента, имеющиеся медицинские показания и противопоказания.
   2. Предполагаемый перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, может быть указан в предварительном плане лечения, перечень фактически оказанных медицинских услуг по Договору указывается в акте об оказанных платных медицинских услугах.
   3. Срок оказания медицинских услуг устанавливается индивидуально с учетом медицинской ситуации, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, и определяется лечащим врачом (консилиумом врачей).
   4. Оказание дополнительных медицинских услуг осуществляется без заключения Сторонами соответствующего Дополнительного соглашения в соответствии со стоимостью услуг, указанной в Прейскуранте Клиники на дату оказания дополнительных медицинских услуг, размещенном на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.
10. **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**
    1. Стоимость оказываемых Клиникой медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующем на дату оказания медицинской услуги.
    2. Услуги оплачиваются Заказчиком после каждого посещения Пациентом Клиники (врачебного приема) в момент выставления счета Клиникой, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором. Клиника вправе определить перечень услуг, по которым осуществляется предоплата.
    3. Перед началом оказания услуг Пациенту Заказчик на основании счетов, выставляемых Клиникой, вносит 50% предоплату перед началом ортодонтического, ортопедического лечения и 100% предоплату перед началом хирургической операции.
    4. Оплата производится в рублях путем наличного расчета через ККМ Клиники, эквайринга через банковский терминал Клиники, а также посредством безналичного перевода на расчетный счет Клиники.
    5. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Клиники или день внесения денежных средств в кассу.
    6. В случае наличия у Заказчика действующего в отношении Пациента договора добровольного медицинского страхования со страховой компанией (при условии того, что между такой страховой компанией и Клиникой заключен и действует договор на оказание медицинских услуг) услуги Клиники, покрываемые действующим страховым полисом Пациента, оплачивает такая страховая компания. Услуги, не оплачиваемые страховой компанией, оплачиваются Заказчиком в соответствии с п. 4.2 настоящего Договора самостоятельно.
    7. Заказчик подтверждает *(дает согласие)* возможность оплаты оказанных Пациенту услуг третьими лицами, в том числе организациями и страховыми компаниями. В случае оплаты услуг полностью или частично организациями или страховыми компаниями Заказчик дает добровольное согласие на передачу указанным организациям или страховым компаниям своих персональных данных и персональных данных Пациента, а также информации, составляющей врачебную тайну, с целью исполнения договоров о добровольном медицинском страховании или об оказании медицинских услуг.
    8. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата либо иным путем по договоренности Сторон. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Заказчику наличными в кассе Клиники при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.
11. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
    1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
    2. При неисполнении Заказчиком условий настоящего Договора Клиника не несет ответственности за результаты оказания услуг и не гарантирует достижения заявленного результата услуг.
12. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**
    1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы.
    2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.
13. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
    1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего Договора предварительно за 30 (Тридцать) календарных дней до прекращения действия настоящего Договора.
    2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.
    3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
    4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке любой из Сторон в случае невыполнения другой Стороной обязательств по настоящему Договору.
14. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
    1. В момент подписания настоящего Договора Заказчик предоставляет Клинике свои персональные данные и персональные данные Пациента, содержащиеся в настоящем Договоре, иных документах, оформленных в клинике, и дает Клинике согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Клиника получает право на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, изменение, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных для выполнения Клиникой своих обязательств по настоящему Договору, требований нормативных документов вышестоящих организаций и законодательства РФ. Заказчик подтверждает, что персональные данные, указанные в настоящем Договоре, им проверены и внесены верно.
    2. Заказчик просит направлять результаты исследований, предварительный план лечения, иную документацию, а также связываться в экстренных случаях: по телефону в том числе посредством онлайн-мессенджеров (Whatsapp) (при наличии у Клиники технической возможности) / электронной почте / через личный кабинет пациента (при наличии у Клиники технической возможности) или третьему лицу, письменно указанному Заказчиком (ФИО и адрес регистрации). Заказчик информирован, отдает отчет и согласен, что при передаче информации через телефон, в том числе посредством онлайн-мессенджеров (Whatsapp), электронную почту, личный кабинет пациента, третьих лиц, существуют риски разглашения и использования информации третьими лицами, при любом неуполномоченном доступе во время передачи информации по любым каналам и способам связи. Заказчик понимает возможность появления данных рисков и согласен принять эти риски на себя. Кроме того, Заказчик отказывается от любых претензий за неполучение информации в случае повреждения, нарушения настроек, сбоев в телефонной связи и в электронной почте.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *адрес эл. почты, телефон Заказчика*

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

Сведения о третьем лице: эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и адрес регистрации

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

*(собственноручно указать сведения о третьем лице)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись Заказчика расшифровка подписи)*

1. **ИНЫЕ УСЛОВИЯ**
   1. Дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
   2. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
   3. Стороны пришли к соглашению о том, что при подписании настоящего Договора, дополнительных соглашений к Договору, а также иных документов, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения, допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи), которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица

**РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **ЗАКАЗЧИК** |
| Общество с ограниченной ответственностью  «ЛАХТА ДЕНТАЛ»  Адрес места нахождения:  Сайт: [www.lahtadental.ru](http://www.lahtadental.ru) | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контактный телефон* |
| Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Изак Александр Сергеевич  *подпись*  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Подпись* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *расшифровка подписи* |