**ДОГОВОР**

оказания стоматологических услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Севастополь «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

**Общество с ограниченной ответственностью «БРИЗ»,** в лице Директора Бильдер Натальи Борисовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Потребитель (Заказчик) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемый в дальнейшем «Потребитель», («Заказчик») с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Потребитель (Заказчик) получает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию стоматологических и ортопедических услуг.
   2. Виды и стоимость предоставления услуг устанавливается в соответствии с Приложениями к договору – Квитанция на платные медицинские услуги, информированное согласие.
   3. 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».
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. Исполнитель оказывает услуги на основании Лицензии ЛО-92-01-000204 от 21 ноября 2019 г. на осуществление медицинской деятельности, выдана Департаментом здравоохранения города Севастополя.
   2. Исполнитель обязуется:
      1. Поручить врачу осуществить в оговоренное с Потребителем (Заказчиком) время обследования, осмотр для установления предварительного диагноза, объем необходимого лечения и стоимость лечения. О результатах исчерпывающе проинформировать Потребителя (Заказчика), отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте Потребителя. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения осуществить качественное лечение в согласованные с Потребителем (Заказчиком) сроки, гарантийный срок на услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (гарантийный срок на пломбы из композиционных материалов химического и светового отверждения, зубопротезные конструкции из всех видов материалов – 12 месяцев.)
      2. Предоставить потребителю в информированном согласии в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.3. при предоставлении стоматологических услуг получить информированное согласие.

2.1.4. выдать Потребителю (Заказчику) кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег за услуги, согласно действующему законодательству РФ.

2.1.5. в случае, если в ходе лечения потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.6. при оказаниях платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статических форм, порядку и срокам их предоставления.

2.1.7. перенести срок выполнения работ или расторгнуть договор в случае несоблюдения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств, предусмотренных настоящим договором.

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.2.1. информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, дать информированное согласие на оказание услуги.

2.2.2. в назначенное время являться на собеседование, обследование и лечение к врачу, назначенному Исполнителем. Выполнить все указания лечащего врача и медперсонала по технике безопасности во время оказания услуги, соблюдать гигиену полости рта и правила ухода за зубными протезами и пломбами с целью сохранения их потребительских свойств.

2.2.3. оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу по расценкам прейскуранта, оплата осуществляется по выполнению каждого этапа предоставленных услуг, на основании квитанции, но не позднее начала следующего этапа лечения.

3. Исполнитель вправе:

3.1.1. отказать в приёме «Пациента» в случаях:

- при наличии у Потребителя медицинских противопоказаний;

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- задолженности за ранее оказанные услуги.

3.1.2. при несоблюдении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств, Исполнитель вправе перенести срок выполнен работ или расторгнуть договор.

3.2. Потребитель (Заказчик) вправе:

3.2.1. требовать от Исполнителя предоставление качественных платных услуг, согласно стандартном требованиям.

3.2.2. Требовать при неудовлетворительном качестве оказанной платной услуги возмещения ущерба Исполнителем, в соответствии с законом «О защите прав потребителей».

3.2.2. отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг, договор при этом расторгается.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

3.1. За неисполнение либо ненадлежащее Исполнение обязательств Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

3.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3. Потребитель (Заказчик) несет ответственность за достоверность предоставленной информации, выполнение рекомендаций врача, современную оплату предоставленных услуг.

3.4. В случаях несообщения Потребителем информации о перенесенных и имеющихся заболеваниях, Исполнитель снимает с себя ответственность за результат услуг.

3.5. Претензии и споры, возникшие между Сторонами по настоящему договору, разрешаются путем переговоров. При невозможности достижения согласия путем переговоров, претензии и споры рассматриваются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**4.ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**

4.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в одном случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

4.2. Договор расторгается по инициативе Потребителя в соответствии с п. 3.2.2. настоящего договора, при этом Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, а Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.3. Договор расторгается по инициативе Исполнителя в соответствии с п. 2.1.7. настоящего договора, в случае не соблюдения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств, предусмотренных настоящим договором.

**5. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН.**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств

5.2. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае, если Договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

5.3. Интересующую информацию (Лицензия на осуществление медицинской деятельности с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, условия предоставления, специалисты и т.д.) Потребитель может получить в кабинете на информационном стенде.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**:  **ООО «БРИЗ»**  Юр. адрес: 299055 г. Севастополь, ул. Ген. Лебедя, 14-14  Физ. адрес: 299003 г. Севастополь, пл. Пирогова, 2-2 ИНН 9204548017 КПП 920401001 ОГРН 1159204004277 Р/с 40702810013280001557 в Симферопольский филиал АБ «РОССИЯ»  К/с 30101810835100000107  БИК 043510107  Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Бильдер Н.Б. | **Заказчик**:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  **Потребитель**:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. полностью)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Бриз»,(далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): г. Севастополь, ул. Ген. Лебедя, 14-14 и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка) (Ф. И. О. полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты. 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), в частности, договорами ДМС (ОМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет (для стационара, 5 лет – для поликлиники или частной медицинской организации). Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя 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 (моему ребенку) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)