

УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинского учреждения

Общество с ограниченной ответственностью «Галерея Улыбок» (ОГРН 1155476044129, ИНН 5405956428) в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006), уведомляет

{ФамилияИмяОтчество}

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, лечащего врача, иного специалиста, оказывающего, 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.

С уведомлением ознакомлен(-на), экземпляр на руки получил(-ла) до заключения договора на оказание платных стоматологических услуг.

{ТекущаяДата}

{ФамилияИО} / _____ √
(Ф.И.О.потребителя(заказчика) (подпись)

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(заполняется перед заключением договора на оказание услуг)

Я, нижеподписавшийся (-шаяся), {ФамилияИмяОтчество},

информирован(-на) о том, что согласно ч. 3 ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Галерея улыбок» (далее - Исполнитель) моих персональных, в том числе биометрических данных, необходимых для оказания медицинских услуг в соответствии с заключенным между мною и ООО «Галерея улыбок» договором на оказание платных медицинских услуг, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, физиологические, биологические характеристики, позволяющие идентифицировать мою личность (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные, включая биометрические данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, биометрическими данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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) по договорам ДМС, на оказание ПМУ. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по договорам ДМС, на оказание ПМУ на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (амбулаторной карты стоматологического больного) и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» клиника имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия. Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п. 4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье (здоровье моего ребенка), составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Проживающий(-ная) по адресу: {Адрес}
Паспорт: серия {Серия} номер {НомерПаспорта}
Выдан: {Выдан}
Кем {Выдан}
Когда {ДатаВыдачи}
Адрес регистрации {АдресРегистрации}
{ДатаРегистрации}
Тел.: {Телефоны}
√ _____ / {ФамилияИмяОтчество}
(подпись) (Ф.И.О.)

ДОГОВОР
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ стоматологических УСЛУГ
№ {НомерКарты} от {ТекущаяДата}

г. Новосибирск

Я, {ФамилияИмяОтчество},
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, больных наркоманией до 16 лет или недееспособных граждан:

паспорт:

выдан:

дата рождения: _____ г.; место рождения: _____;	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:	
	(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» или "Пациент", с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Галерея Улыбок» (свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 20.04.2015 г. серия 54 № 005009233, выдано Межрайонной инспекцией ФНС России № 16 по Новосибирской области, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01125-54/00301374 от 06.10.2015 г., выданной Министерством Здравоохранения Новосибирской области (г. Новосибирск, 630011, ул. Красный проспект, д. 18, тел. +7-383-222-15-61, +7-383-223-67-67), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Толмачевой Екатерины Дмитриевны, действующей на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Заказчику (пациенту) платных стоматологических услуг согласно прейскуранту (Приложение № 2 к Договору) на основании лицензии ЛО41-01125-54/00301374 от 06.10.2015 г. и согласно Приложению № 1 к лицензии ЛО41-01125-54/00301374, выданной Министерством Здравоохранения Новосибирской области, содержащие перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией и являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора (копия лицензии с приложением представлены в Приложении № 2 к Договору), а Заказчик обязуется принять и оплатить предоставленные услуги в полном объеме и соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на платные стоматологические услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору).
- Срок оказания услуг согласуется сторонами при каждом последующем посещении.
- Во исполнение п. 3. ч.1 ст. 79 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Исполнитель проинформировал Заказчика о возможности получения медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; при этом Исполнитель оказывает медицинские услуги только на возмездной основе и, подписывая настоящий договор, Заказчик сознательно и добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.
- При исполнении Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению.
- 1.5. Исполнитель оказывает услуги Пациенту в клинике по месту своего нахождения по адресу: 630008, г. Новосибирск, ул. Толстого, д. 56, оф. 1, в соответствии с установленным Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006.
- Исполнитель оказывает услуги Пациенту в клинике по месту своего нахождения по адресу: 630008, г. Новосибирск, ул. Толстого, д. 56, оф. 1, в соответствии с установленным «Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- После окончания курса лечения Исполнитель предоставляет Пациенту для подписания Акт приема оказанных платных медицинских услуг, в котором должны быть отражены все фактически оказанные Исполнителем по настоящему Договору Пациенту услуги. Акт приема оказанных платных медицинских услуг должен быть подписан Пациентом и передан Исполнителю в срок не позднее 1 календарного дня. В случае отказа Пациента от подписания Акта, без предоставления со стороны Пациента мотивированного письменного возражения по приему оказанных Исполнителем платных медицинских услуг, Акт, подписанный только со стороны Исполнителя, считается подписанный только со стороны Исполнителя считается подписанным Пациентом, а платные медицинские услуги, перечисленные в таком Акте приняты Пациентом без замечаний.

ЦЕНА УСЛУГ. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

- Цена Договора состоит из суммы цен за каждую услугу, оказанную Заказчику (лицу, указанному в преамбуле настоящего договора) в соответствии с планом лечения, и определяется согласно приложениям к Договору и дополнительным соглашениям, являющихся неотъемлемой частью Договора.
- Цена Договора не фиксирована и подлежит коррекции (дополнению) по мере оказания стоматологических услуг, поскольку количество оказанных Исполнителем услуг может увеличиваться с момента заключения Договора.
- Оплата услуг Исполнителя осуществляется наличным или безналичным платежом. Платежные документы – чеки являются неотъемлемой частью Договора. Оплата услуг путем безналичного расчета осуществляется Заказчиком на расчетный счет Исполнителя по реквизитам, указанным в разделе 9 Договора банковской картой. В случае отсутствия технической возможности произвести Заказчику безналичный расчет с Исполнителем за оказанные услуги, Заказчик должен произвести расчет наличным платежом. По соглашению Сторон возможны иные способы расчетов за услуги, оказанные Исполнителем Заказчику по настоящему Договору.
- Оплата стоматологических услуг, оказанных Исполнителем, производится Заказчиком в полном объеме в день оказания услуг.
- При заказе ортопедических и (или) ортодонтических конструкций Заказчиком производится предоплата в размере 50% их стоимости до момента их заказа Исполнителем. Окончательный расчет производится Заказчиком при подписании Акта приема оказанных услуг.
- Если в ходе осуществления ортопедического лечения между Заказчиком (лицом, указанным в преамбуле настоящего договора) и Исполнителем (лечащим врачом клиники и /или техником) возникают разногласия и несоответствие запросов относительно эстетики изготовляемых (прототипов изготавливаемых) конструкций, после изготовления 3 (Трёх) прототипов, при дальнейшем желании Заказчика (лица указанного в преамбуле договора) дальше вносить корректировки в прототипы изготавливаемых конструкций, Заказчик обязан осуществить оплату (100% предоплата) полную стоимость затрат Исполнителя на каждое последующее изготовление ортопедических конструкций по желанию Заказчиком в части эстетики прототипу.
- В случае просрочки оплаты Заказчик оплачивает Исполнителю пеню в размере 1 (одного) % от неоплаченной суммы за каждый день просрочки платежа.
- При расторжении Договора по инициативе Заказчика при ортопедическом или ортодонтическом лечении фактически понесенные расходы не возвращаются при условии, что зуботехническая лаборатория выполнила работу качественно и в оговоренные сроки.
- При расторжении Договора по инициативе Исполнителя при ортопедическом лечении денежные средства, уплаченные Заказчиком в качестве предоплаты за фактически понесенные Исполнителем расходы не возвращаются при условии, что работы Исполнителем (зуботехнической лабораторией) выполнены качественно и в установленные сроки.
- В случае неисполнения, либо ненадлежащего исполнения обязательств Исполнителем, возникшего по вине Заказчика (и/или лица, указанного в преамбуле настоящего договора), оплате подлежат фактически понесенные Исполнителем расходы.
- В случае неисполнения, либо ненадлежащего исполнения обязательств Исполнителем, возникшего по его вине, Исполнитель предоставляет не оказанные услуги в удобное для Заказчика время.

ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- Заказчик обязан:**
 - своевременно оплачивать стоимость услуг, оказанных ему Исполнителем, согласно прейскуранту на стоматологические услуги Исполнителя, действующему на момент оказания услуг;

Подпись пациента _____ V

Подпись исполнителя _____

- предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), содержащие сведения о состоянии его (лица, указанного в преамбуле настоящего договора) здоровья, которыми он располагает на момент заключения Договора и в течение его действия, если эта информация и документы могут повлиять на качество услуг Исполнителя;
- во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила внутреннего распорядка, установленного Исполнителем;
- выполнять все назначения специалистов (врачей) Исполнителя, представленных как в устной, так и изложенных в письменной форме;
- при первой возможности информировать (в частности, по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого;
- в случае отказа от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Заказчика (здоровья представляемого лица), дать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;
- в случае окончательного отказа от стоматологических услуг (части услуг) Исполнителя известить последнего об этом в письменной форме и оформить изменения (дополнения) к Договору.
- Заказчик обязан соблюдать согласованный Сторонами график посещения (прием) специалистов (врачей) Исполнителя. При этом Заказчик, безусловно, принимает правило, что если он один раз не явился вовремя (в заранее согласованное Сторонами дату и время приема) в том числе если опоздал более чем на 7 минут, или в последний момент (менее чем за один календарный день до согласованной Сторонами даты приема) отменил приём, то в следующий раз свою запись на приём Заказчик обязан подтвердить внесением денежных средств в размере 3 000 (Три тысячи) на расчётный счёт Исполнителя в качестве депозита за оплату услуг подлежащих оказанию в согласованный Сторонами приём.
- В случае если Заказчика, по причинам, не зависящим от Исполнителя, допустил повторное (и каждое последующее) нарушение согласованного Сторонами графика посещения (прием) специалистов (врачей) Исполнителя и не явился вовремя (в заранее согласованное Сторонами дату и время приема) в том числе, если опоздал более чем на 7 минут, или в последний момент (менее чем за один календарный день до согласованной Сторонами даты приема) отменил приём, то Заказчик обязан оплатить штраф за допущенные им нарушение в размере 3 000 (Три тысячи) рублей, который подлежат оплате (списанию в пользу Исполнителя) за счёт средств внесённых Заказчиком в депозит согласно п.3.1.8. настоящего Договора.
- Исполнитель обязан:**
 - обеспечить режим конфиденциальности при обращении Заказчика (представляемого лица) за стоматологическими услугами о факте обращения и состоянии его здоровья в соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан;
 - предоставить по требованию Заказчика копии учредительного документа, лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; документы на сотрудников, оказывающих стоматологическую помощь;
 - поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании стоматологических услуг;
 - в доступной форме информировать Заказчика, его поверенного, законного представителя, а также

(Ф.И.О. лица, которому Заказчик разрешает передавать информацию, указанную в данном пункте, номер контактного телефона)
о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях (возможных осложнениях) и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Заказчика на получение данной информации и в соответствии с действующим

законодательством;

- согласовать с Заказчиком график посещения специалистов (врачей) Исполнителя;
- в случае обнаружения заболеваний у Заказчика (представляемого лица), о которых не было известно при подписании Договора, поставить в известность Заказчика о наличии таковых и предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Заказчика (представляемого лица) противопоказаний;
- в случае несовместимости заболевания, обнаруженного после подписания Договора, с выбранной методикой оказания стоматологических услуг, предложить и согласовать другой метод оказания данных услуг;
- направить Заказчика (представляемое лицо) в другую медицинскую организацию, если лицензия или возможности Исполнителя не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и лечения Заказчика (представляемого им лица);
- вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Заказчика (представляемого им лица), в установленном Министерством здравоохранения РФ порядке;
- знакомить Заказчика, его представителя, а также лицо, указанное в п.3.2.4. Договора непосредственно с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и давать по ней соответствующие консультации.

ПРАВА СТОРОН

- Стороны вправе изменять условия Договора, внося соответствующие изменения и дополнения в форме и в порядке, предусмотренном Договором.

Исполнитель вправе:

- в случае отказа Заказчика от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья Заказчика (лица, указанного в преамбуле настоящего договора), получить от него соответствующий письменный отказ от медицинского вмешательства, разъяснив Заказчику возможные последствия такого отказа для его здоровья;
- в случае несомнительного отказа Заказчика от услуг и невыполнении им п. 3.1.4. и(или) п. 3.1.5. Договора, зафиксировать факт отказа актом в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников Исполнителя во главе с должностным лицом Исполнителя;
- не нести ответственности в следующих случаях:

- при невыполнении Заказчиком рекомендаций и предписаний Исполнителя по его лечению;
- не информировании Исполнителя Заказчиком о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и других осложнений, в том числе тех, с которыми Заказчик (лицо, указанное в преамбуле настоящего договора) был знаком до начала и в процессе лечения;
- при обострении воспалительных процессов и других ухудшениях состояния здоровья Заказчика (лица, указанного в преамбуле настоящего договора) после прерывания лечения по его (лица, указанного в преамбуле настоящего договора) вине.
- при предъявлении претензий Заказчиком после вмешательства третьих лиц (специалистов других медицинских учреждений), способного прямо или косвенно повлиять на качество (результат) оказанных ранее Заказчику услуг по настоящему Договору.

- Самостоятельно привлекать соисполнителей для оказания медицинских услуг, составляющих предмет договора.
- Отказаться в оказании медицинских услуг (приостановить обслуживание) Заказчика:

- при задержке оплаты более чем на 5 календарных дней со дня оказания услуги;
- при систематическом (2 и более раз) невыполнении Заказчиком (представляемого им лица) рекомендаций и предписаний Исполнителя по его лечению;
- если Заказчик (пациент) настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям;
- наличия у Заказчика (представляемого им лица) медицинских противопоказаний к проведению лечения;
- наличия у Заказчика (представляемого им лица) признаков алкогольного, наркологического, токсического опьянения;
- нарушения Заказчиком правил внутреннего распорядка клиники, и/или невыполнение требований сотрудников (врачей) Исполнителя.

- Отложить оказание услуги по технологическим причинам (отсутствие электроэнергии, водо-теплоснабжения, неисправность медицинского оборудования и т.д.), а также по причине болезни сотрудника, назначенного для оказания медицинской услуги.
- В случае опоздания Заказчика на прием, заранее согласованный Сторонами по дате и времени, более чем на 7 минут, Исполнитель вправе перенести такой приём на другую дату и время. Новые дата и время приёма, перенесённого Исполнителем в виду опоздания Заказчика, согласовываются Сторонами.

Подпись пациента _____ V

Подпись исполнителя _____

Заказчик вправе:

- в любое время проверять ход и качество услуги, оказываемой Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность;
- потребовать от Исполнителя дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения, были ему не понятны;
- отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье (здоровье представляемого лица). В этом случае Заказчик при первой возможности сообщает специалистам Исполнителя о своем отказе и его причинах;
- получать от Исполнителя по письменному запросу заверенные копии всех медицинских документов, результатов анализов и другую документацию только при наличии документа удостоверяющего личность;
- ознакомиться с перечнем оказываемых услуг, согласно лицензии Исполнителя (Приложение № 2).

Гарантийные обязательства

- Исполнитель гарантирует Заказчику качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования. Обязательным условием для предоставления гарантийных обязательств на оказанные услуги, является выполнение Заказчиком (представляемым лицом) всех рекомендаций и назначений.
- Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение сроков, установленных Договором с момента оказания услуг.
- Исполнитель устанавливает гарантийные обязательства на следующие стоматологические услуги:
 - Гарантийные обязательства на протезирование (ортопедические работы):
 - гарантия на постоянные ортопедические работы (включая фиксацию коронок и виниров), изготовленные в зуботехнической лаборатории (металлокерамические, металлокомпозитные, цельнолитые коронки, коронки на имплантате, мостовидные конструкции, безметалловые, композитные коронки, вкладки, виниры), съемные протезы (бюгельные протезы на различных системах фиксации, частично съемные пластиночные протезы, полные съемные протезы) составляет 1 (один) год с момента постоянной фиксации протеза в полости рта;
 - гарантия на временные ортопедические работы, изготовленные как в зуботехнической лаборатории, так и в кабинете врача (временные коронки, временные замещающие протезы и др.) дается с момента их установки в полость рта и до момента их замены постоянными конструкциями, но не более 2 (двух) месяцев;
 - Гарантийные обязательства на терапевтическое лечение:
 - гарантия на пломбирование, восстановление коронковой части зуба с использованием штифтовых конструкций (без дальнейшего протезирования – если рекомендации по протезированию не были зафиксированы лечащим врачом в амбулаторной карте), первичное лечение корневых каналов при возможности полной проходимости и постоянного пломбирования корневых каналов гуттаперчевыми штифтами составляет 1 (один) год. При этом возможно изменение цвета пломбы у курящих людей на 1 тон (в сторону осветления или потемнения) с момента завершения лечения;
 - гарантия на лечение зуба, имеющего показания для дальнейшего протезирования (покрытия ортопедической коронкой) составляет 3 (три) месяца.
 - При отсутствии четких медицинских показаний к выполнению определенных видов протезирования и желания Заказчика выполнить работу по плану лечения, лечащий врач имеет право установить гарантийный срок на ортопедическую конструкцию 1 (один) месяц.
 - При повторном эндодонтическом лечении (перелечивание корневых каналов, пломбированных ранее в другой клинике) гарантия лечащим врачом не предоставляется.
 - Пропуск визита для замены временной пломбы на постоянную более чем на 5 (пять) дней может привести к необходимости повторного лечения корневых каналов, при возникновении такой необходимости оплата лечения проводится за счет Заказчика.
 - На эстетические реставрации композитными материалами пациентам с неудовлетворительной гигиеной полости рта в гарантии может быть отказано.
 - При ортодонтическом лечении и имплантации гарантия распространяется на установленные конструкции и предоставляется изготовителем.

5.3.8 Гарантия на ортодонтические каппы, изготовленные в зуботехнической лаборатории, составляет 2 месяца с момента сдачи Заказчику.

- При наличии физиологических особенностей организма Заказчика (лица, указанного в преамбуле настоящего договора), а также при наличии сопутствующих заболеваний (подвижность зубов, заболевание десен и др.) гарантийный срок устанавливает врач в зависимости от степени тяжести заболевания, но – не более чем на 1 (один) год.
- Просрочка Заказчиком (лицом, указанным в преамбуле настоящего договора) профилактического осмотра, назначенного лечащим врачом Исполнителя по оказанным ему в соответствии с настоящим Договором видам медицинского лечения, по его вине более чем на 3 (три) месяца, влечет прекращение гарантийных обязательств.

СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения ими принятых на себя обязательств.
- Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем внесудебном порядке, в случае, если Заказчик не исполняет обязанности по данному договору, в том числе в случаях: если Заказчик более трёх раз допустил нарушения согласованного Сторонами графика посещения (прием) специалистов (врачей) Исполнителя и не явился вовремя (в заранее согласованное Сторонами дату и время приема) в том числе, если опоздал более чем на 7 минут, или в последний момент (менее чем за один календарный день до согласованной Сторонами даты приема) отменил приём; не выполняет назначения лечащего врача.

ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- Если одна из Сторон считает, что она выполнила обязательства по Договору в полном объеме, а другая не выполнила встречных обязательств, и при этом соблюдены условия п. 4.1. Договора, Стороны разрешают возникший конфликт в соответствии с настоящим разделом. К конфликтам также относятся споры о возмещении вреда здоровью и морального вреда, несвоевременной или неполной информированности Заказчика о рисках, прогнозах и методах медицинского вмешательства, иные конфликты, регулируемые гражданским законодательством РФ.
- Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.
- Претензия оформляется в письменной форме и направляется Стороне, которой допущены нарушения условий Договора. В претензии перечисляются допущенные при исполнении Договора нарушения со ссылкой на соответствующие положения Договора или его приложений, отражаются стоимостная оценка ответственности (неустойки), а также действия, которые должны быть произведены Стороной для устранения нарушений. Претензии по качеству стоматологических услуг предъявляются в письменном виде Исполнителю и рассматриваются созданной Исполнителем врачебной комиссией ведомственного контроля качества медицинской помощи с привлечением по требованию Заказчика и за его счет независимого эксперта, или споры и разногласия рассматриваются с привлечением независимого врача-эксперта, также за счет Заказчика.
- Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 30 (тридцати) дней с момента их получения. Переписка Сторон может осуществляться в виде письма или телеграммы, а в случаях направления телекса, факса, иного электронного сообщения с последующим предоставлением оригинала документа.
- Изменение и расторжение Договора осуществляется в соответствии с условиями настоящего Договора и положениями действующего законодательства РФ.

ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он ознакомлен с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания медицинских услуг, согласен со стоимостью оказываемых Исполнителем услуг и готов их оплачивать по мере их оказания.
- Заказчик, подписывая настоящий договор, в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ подтверждает свое согласие на возможность использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи при подписании настоящего Договора, а также любых иных документов, связанных с его исполнением.

Подпись пациента _____ V

Подпись исполнителя _____

- Заказчик, подписывая настоящий Договор, дает свое согласие на проведение Исполнителем видео и/или фото фиксации осуществления всех медицинских услуг, оказываемых Заказчику (лицу, которому непосредственно оказываются медицинские услуги по настоящему договору, заключенному между Заказчиком и Исполнителем) по настоящему Договору. Заказчик дает свое согласие Исполнителю на использование Исполнителем полученных в ходе осуществления оказания услуг по настоящему Договору фото и/или видео материалов с изображением (полностью и/или частично) Заказчика (лица, которому непосредственно оказываются медицинские услуги по настоящему договору, заключенному между Заказчиком и Исполнителем) хода оказываемых услуг, результата достигнутого по итогам оказания услуг и пр., в любых целях, для размещения (публикации) на официальных страницах Исполнителя в социальных сетях (доступных неограниченному кругу лиц) и пр. Право на использование Исполнителем фото и/или видео материалов, содержащих изображение (частичное и/или полностью) Заказчика (лица, которому непосредственно оказываются медицинские услуги по настоящему договору, заключенному между Заказчиком и Исполнителем) хода оказываемых услуг, результата достигнутого по итогам оказания услуг и пр. полученных при оказании услуг по настоящему Договору, предоставляется Исполнителю безвозмездно. Заказчик, подписывая настоящий Договор, соглашается, что он (лицо, которому непосредственно оказываются медицинские услуги по настоящему договору, заключенному между Заказчиком и Исполнителем) не вправе требовать от Исполнителя какой-либо платы (компенсации, вознаграждения и т.п.) за использование Исполнителем в своих целях, в том числе рекламных, для размещения (публикации) на официальных страницах Исполнителя в социальных сетях (доступных неограниченному кругу лиц) и пр., фото и/или видео материалов, содержащих изображение (частичное и/или полностью) Заказчика (лица, которому непосредственно оказываются медицинские услуги по настоящему договору, заключенному между Заказчиком и Исполнителем) хода оказываемых услуг, результата достигнутого по итогам оказания услуг и пр.
- Заказчик подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, перечень персональных данных, условия их обработки указаны в «Уведомлении пациента на обработку персональных данных» настоящему договору.
- Заказчик подтверждает свое согласие на получение телефонных звонков, информационных смс-сообщений на номер мобильного телефона, указанный в реквизитах договора о дате, времени, возникших дополнительных условиях оказания услуг Заказчику Исполнителем сразу после осуществления записи на прием в целях обеспечения Заказчика необходимой информацией для получения услуг. После отправки информационного смс-сообщения на телефонный номер Заказчика последний считается уведомленным надлежащим образом о времени и дате получения услуг.
- Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- Приложениями к настоящему Договору являются:

- Приложение № 1 – «Прейскурант услуг клиники (прайс)»;
- Приложение № 2 – «Копия Лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-54-01-003536 от 06.10.2015 г. и приложение № 1 к лицензии»;
- Приложение № 3 – «Информированное добровольное согласие пациента на получение стоматологических услуг»;
- Приложение № 4 – «Медицинская анкета».

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик: {ФамилияИмяОтчество} {ДатаРождения} года рождения; Паспорт: {СерияНомерПаспорта} Выдан: кем {Выдан} когда {ДатаВыдачи} Проживающий (-ая) по адресу: {АдресРегистрации} контактный телефон: {Телефоны}	Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Галерея улыбок» Юридический адрес: 630008, г. Новосибирск, ул. Толстого, 56, офис 1 Фактический адрес: 630008, г. Новосибирск, ул. Толстого, 56, офис 1 ИНН / КПП 5405956428 / 540501001 ОГРН 1155476044129 Публичное акционерное общество «Сбербанк России» БИК 045004641 К/С 30101810500000000641 Р/С 40702810944050042296 ОКОНХ электронная почта admin@smilegallery.ru ТЕЛ/ФАКС(офис) +7-952-946-56-56
V _____ /{ФамилияИО} (подпись) (Ф.И.О.)	Директор _____ /Толмачева Е.Д./ М.П.

Я, _____ (фамилия, имя, отчество Заказчика полностью) даю / не даю (нужное подчеркнуть) ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" своё согласие на осуществление видео и/или фото фиксации при осуществлении всех медицинских услуг оказываемых ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" моему несовершеннолетнему ребенку _____ (указать ФИО ребёнка полностью) при оказании платных медицинских услуг, а также даю / не даю (нужное подчеркнуть) своё согласие на использование ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" на безвозмездной основе, то есть без предоставления какой-либо платы (компенсации, вознаграждения и т.п.), на неограниченный срок полученных в ходе осуществления оказания моему несовершеннолетнему ребенку _____ (указать ФИО ребёнка полностью) платных медицинских услуг фото и/или видео материалов с его изображением (полностью и/или частично), процедуры оказываемых услуг, результатов достигнутых по итогам оказания услуг и пр., в любых целях, для размещения (публикации) на официальных страницах ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" в социальных сетях (Instagram, VK, youtube) доступных неограниченному кругу лиц; в галерее работ на официальном сайте ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" в сети Интернет; в холле помещения стоматологической клиники ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" расположенное по адресу г. Новосибирск, ул. Толстого, д.56, офис 1; в средствах массовой информации на телевидении, журналах и прочих периодических печатных изданиях, и в прочих СМИ (в том числе электронных), в печатной продукции (листовки и прочее), билбордах размещаемых как на улицах города Новосибирска, так в зданиях и помещениях (торговые центры, метрополитен, общественный транспорт и пр.) в целях рекламирования стоматологической клиники ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" и оказываемой ею медицинских стоматологических услуг.

Я свой подписью подтверждаю, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, и я даю добровольное информированное согласие на использование изображения моего несовершеннолетнего ребенка _____ (указать ФИО ребёнка полностью) в - видео, -фото материалах и их использования (публикацию) ООО "ГАЛЕРЕЯ УЛЫБОК" способами и в целях описанных выше. Я

_____ / _____ / _____ г.
подпись Заказчика ФИО Заказчика полностью дата проставления подписи Заказчика

(Ф.И.О. потребителя (заказчика))

Договор подписан по адресу: 630008, г. Новосибирск, ул. Толстого, д. 56, оф. 1

(Ф.И.О. врача)

Дозовая нагрузка на пациента, прошедшего рентгенологическое исследование

27	Отметьте заболевания, которые есть у Вас в настоящее время или были в прошлом:	Да	Нет
	Эпилепсия	Да	Нет
	Проблемы со зрением	Да	Нет
	Глаукома	Да	Нет
	Заболевания сердца или клапанов (кардиостимулятор или др. виды протезов)	Да	Нет
	Иммунодефицит	Да	Нет
	ВИЧ, СПИД, сифилис	Да	Нет
	Инфекционные заболевания (укажите)	Да	Нет
	Заболевания печени и почек	Да	Нет
	Психические заболевания	Да	Нет
	Мигрень	Да	Нет
	Наркотическая зависимость	Да	Нет
	Алкоголизм	Да	Нет
	Рак	Да	Нет
	Нервные расстройства	Да	Нет
	Ревматические заболевания	Да	Нет
	Гастрит или язва двенадцатиперстной кишки	Да	Нет
	Ревматизм	Да	Нет
	Синуситы	Да	Нет
	Венерические заболевания	Да	Нет
	Другие заболевания _____	Да	Нет
28	Какие и почему лекарства, таблетки или травы Вы принимаете и почему? _____	Да	Нет
29	Присутствует кровоточивость десен?	Да	Нет
30	Бывает ли сухость полости рта?	Да	Нет
31	Присутствует запах изо рта?	Да	Нет
32	Были ли у Вас осложнения после стоматологического лечения	Да	Нет
33	Есть ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта?	Да	Нет
34	Рефлюкс (Изжога после приема пищи, кислый или горький привкус во рту , отрыжка , кашель , боль в груди)	Да	Нет
35	Вы хотите изменить что-то во внешнем виде ваших зубов?	Да	Нет
36	Есть ли у Вас заболевания костной системы, суставов?	Да	Нет
37	Есть ли у Вас заболевания Лор органов?	Да	Нет
38	Болели ли Вы в последние годы серьезными заболеваниями? Если да, то какими _____	Да	Нет
39	Были ли Вы когда-нибудь госпитализированы? Если да, то по какой причине? _____	Да	Нет
40	Были ли у Вас особые побочные эффекты после местной анестезии? Если да, то какие _____	Да	Нет
41	Склонны ли Вы к кровотечениям?	Да	Нет
42	Склонны ли Вы к отекам или гематомам ?	Да	Нет
43	Легко ли Вы восприимчивы к инфекциям?	Да	Нет
44	Курите ли Вы?	Да	Нет
45	Когда были сделаны последние анализы крови? Если да, то какие? _____	Да	Нет
46	Занимаетесь ли Вы контактным видом спорта (бокс, борьба, дзюдо, каратэ)? Если да, то каким?	Да	Нет
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:			
Вы беременны		Да	Нет
Являетесь кормящей матерью		Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты		Да	Нет

Другие подробности, которые помогут в лечении: _____

Дата {ТекущаяДата}

Подпись _____ V

Директору ООО «Галерея Улыбок»
Толмачевой Екатерине Дмитриевне
От {ФамилияИмяОтчество}
(ФИО полностью)

Зарегистрированного по адресу
{АдресРегистрации}

Паспорт серия, №{СерияНомерПаспорта},
Выдан {Выдан}, {ДатаВыдачи}
Моб телефон. {МобТелефон}

**Отказ
в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ**

«___»_____ 20___ г. мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ.
Я, {ФамилияИмяОтчество}, не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему
здравоохранения.
Дальнейших претензий к организации ООО «Галерея Улыбок» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____/ {ФамилияИмяОтчество}/
Подпись / Расшифровка подписи

{ТекущаяДатаПолная} г.