

Тамбов

Общество с ограниченной ответственностью «Доктор Профи», осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО41-01196-68/00358417 от 02.12.2020 г., выданной Управлением здравоохранения Тамбовской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора ООО «Доктор Профи» Зыряновой Елены Викторовны с одной стороны, и Гражданин(ка) _____, являющийся(ящаяся) родителем/законным представителем ребенка _____ г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Представитель ребенка», с другой стороны, совместно именуемые – «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель в период времени, согласованный Сторонами, обязуется оказывать Ребенку на возмездной (платной) основе стоматологические услуги в соответствии с планом обследования и лечения, рекомендуемым Исполнителем.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 2.1. Стоимость стоматологических услуг определяется согласно действующему на день оказания услуг прейскуранту.
- 2.2. Расчеты за стоматологические услуги осуществляются в форме предоплаты, частичной предоплаты и постоплаты в зависимости от вида оказываемых стоматологических услуг.
- 2.3. Оплата производится в рублях за наличный и безналичный расчет.
- 2.4. По всем гарантийным случаям работы выполняются безвозмездно.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

3.1. Исполнитель обязан:

- оказывать Ребенку квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с внутренними стандартами качества;
 - предоставлять Представителю ребенка бесплатную, доступную, достоверную информацию о плане обследования и лечения, о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов;
 - информировать Представителя ребенка до начала работы об осложнениях, которые могут возникнуть в процессе диагностических манипуляций и лечения;
 - получить информированное добровольное согласие Представителя ребенка на медицинское вмешательство;
 - ознакомить Представителя ребенка со стоимостью лечения, а при изменении плана и/или стоимости лечения проинформировать Представителя ребенка и получить дополнительное согласие на измененные этапы лечения.
- #### 3.2. Исполнитель имеет право:
- самостоятельно решать все вопросы, связанные с проведением диагностических мероприятий и техникой лечения, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Ребенка;
 - в одностороннем порядке вносить изменения в прейскурант стоматологических услуг;
 - отложить и отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае возникновения у Ребенка противопоказаний;
 - при грубых нарушениях Ребенком и Представителем ребенка врачебных назначений, некорректном поведении последнего по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке в клинику в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также при нарушении п.2 условий Договора – отказать Представителю ребенка в приеме как в день, назначенный для проведения процедуры, так и впредь, за исключением ситуаций, требующий экстренного врачебного вмешательства.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА

4.1. Представитель ребенка обязан:

- своевременно сообщать Исполнителю всю достоверную информацию, необходимую для планирования и осуществления лечения Ребенка (в том числе о наличии аллергических реакций);
- контролировать выполнение Ребенком всех врачебных назначений и рекомендаций;
- немедленно извещать лечащего врача обо всех осложнениях или иных отклонениях у Ребенка, возникших в процессе лечения;
- вести себя корректно по отношению к сотрудникам Исполнителя;
- своевременно являться на прием, а при невозможности явки предупредить об этом Исполнителя не менее чем за 24 часа до времени приема;
- входить в лечебные кабинеты исключительно в бахилах и без верхней (уличной) одежды;
- полностью оплатить услуги, оказанные Исполнителем, на условиях и в сроки, указанные в п.2 Договора.

4.2. Представитель ребенка имеет право:

- на предоставление информации о плане обследования и лечения;
- ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем;
- на выбор дня и времени явки на прием в соответствии с режимом работы Исполнителя с учетом расписания работы и занятости времени персонала Исполнителя;
- Пациент имеет право в любой момент отказаться от SMS информирования путем письменного отказа в свободной форме (см. п.6.1.).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель предоставляет Представителю ребенка гарантию на все виды стоматологической помощи, за исключением лечения зубов с несформированными корнями и лечения молочных зубов.
- 5.2. Гарантия действует в течение 1-го (одного) года со дня окончания лечения. Гарантия действительна только при условии посещения Ребенком назначенных и согласованных Сторонами приемов для профилактического осмотра каждые полгода после завершения плана лечения.
- 5.3. В случае невозможности исполнения обязательств, возникшей по вине Представителя ребенка, стоимость уже оказанных и неоказанных услуг Исполнителя подлежит оплате Представителем ребенка в полном объеме.

5.4. Исполнитель не несет ответственности перед Представителем ребенка за ухудшение состояния Ребенка, связанное с грубым нарушением предписаний врача по проводимым стоматологическим процедурам.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие редко встречающихся осложнений, указанных в инструкции на назначенные препараты в виде аллергической реакции, а также вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Представителем ребенка своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

6.1. Пациент подтверждает свое согласие на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), страховой номер индивидуального лицевого счета в пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

6.2. В процессе оказания медицинской помощи Пациент предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Пациент предоставляет право Исполнителю осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопления, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

6.4. Исполнитель в праве обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС.

6.5. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по договору и (или) по работе в системе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными Пациента со страховой медицинской организацией и территориальным фондом с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

6.6. Пациент дает свое согласие на обработку персональных данных бессрочно. Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

6.7. В случае получения письменного заявления Пациента об отзыве согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной до этого медицинской помощи.

6.8. Передача персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Пациента.

6.9. Срок хранения персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты)

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Исполнитель обязуется:

- а) хранить в тайне информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при исполнении обязательств по данному договору;
- б) не разглашать конфиденциальную информацию, кроме как в целях, для которых данная информация была передана (получена), или целях, согласованных с пациентом.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Представитель ребенка согласен на SMS информирование по каналам связи.

8.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

8.3. Все споры и разногласия между Сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА:

ООО «Доктор Профи»
392000, Тамбовская область, г. Тамбов,
ул. Карла Маркса/ Куйбышева, дом
175А/40, корпус 5, помещение 82
8 (4752) 50-40-40
stomatolog.doktorprofi@mail.ru
ОГРН 1206800000780
ИНН 6829153514
КПП 682901001
Расч. счет 40702810761000008744
Тамбовское отделение № 8594 ПАО
Сбербанк
БИК 046850649
Корр. счет 30101810800000000649

Родитель

Паспорт:

Адрес:

Телефон:

Email:

_____/_____
подпись

_____/Зырянова Елена
Викторовна
М.П. подпись