

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые**

граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____, <ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г.
рождения,

(Ф.И.О. гражданина/пациента)

зарегистрированный по адресу: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

в отношении _____

(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)

<ДАТА_РОЖДЕНИЯ>г. _____ рождения, _____ зарегистрированный _____ по _____ адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

<ДАТА_ДОГОВОРА>г.

(дата оформления)

Информация

о перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. *Антропометрические исследования.
4. *Термометрия.
5. *Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. *Лечебная физкультура.

* - Медицинские вмешательства, включенные в Перечень, применяемые на стоматологическом приеме

Договор на оказание платных медицинских услуг <НОМЕР_МЕД_КАРТЫ>

г. Москва

<ДАТА>

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

Законный представитель несовершеннолетнего (родитель) <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> года рождения, паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>, орган, выдавший <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>, зарегистрирован/(ная) <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый(ая) далее «Заказчик», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Сан Смайл»**, адрес местонахождения: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, свидетельство о государственной регистрации 77 017386680, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 28.07.2014, ОГРН 1147746843837, ИНН 7707839805, лицензия Л041-01137-77/00358229 от 26.11.2020 г., выданная Департаментом здравоохранения гор. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел +7 (495) 777-77-77) в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой Альбины Фаридовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать несовершеннолетнему Пациенту платные медицинские услуги, согласованные с Заказчиком, а Заказчик обязуется принять и оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень и стоимость услуг содержится в Прайс-листе Исполнителя, либо в соответствующем Приложении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Данные о несовершеннолетнем Пациенте (далее «Пациент»):

Ф.И.О: <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>.

Возраст (дата рождения): <ДАТА_РОЖДЕНИЯ>.

Паспортные данные (данные Свидетельства о рождении):

<ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> года, орган, выдавший <ПАСПОРТ_ВЫДАН>.

Место жительства: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Сан Смайл» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом 10, строение 6, строение 9, строение 10, строение 2.

1.4. Услуги по настоящему Договору оказываются в дни и часы работы Исполнителя и доводятся до сведения Пациента любым доступным способом, в том числе путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя <https://eurokappa.moscow> в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках).

1.5. Оказание услуг по настоящему Договору осуществляется как в порядке предварительной записи на прием посредством телефонной и иной связи, так и непосредственно при личном обращении Пациента.

1.6. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги по рентгенодиагностическому исследованию. Результатом оказания услуг являются данные рентгенодиагностического исследования для составления медицинским специалистом Исполнителя (лечащим врачом) интеллектуального (клинического) плана лечения.

1.7. В случае запроса результата оказания услуг по рентгенодиагностическому исследованию на цифровом, печатном носителе или по электронной почте, Пациент оплачивает стоимость услуг в соответствии с прайс-листом Исполнителя на момент заключения договора, с которым Пациент был ознакомлен.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату. Оказание медицинских услуг производится после получения подписанного Информированного добровольного согласия Пациента на оказание медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый с учетом мнения Заказчика (Пациента), после первичного осмотра Пациента определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения, возможные осложнения и информирует об этом Пациента, составляет предварительный План лечения, на основании которого составляется соответствующее Приложение к Договору.

2.3. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился:

А) с Прайсом (перечнем цен предлагаемых услуг), а также со специальными предложениями Исполнителя, находящимися на территории Исполнителя, а также на сайте Исполнителя. Пациент проинформирован о том, что, приобретая услуги, может потребоваться оказание на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором и приложениями к нему.

Б) с правилами оказания медицинских услуг, а также с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Сан Смайл».

2.4. В соответствии с п. 3 ст. 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», требования Пациента в связи с недостатками услуг предъявляются в случае их обнаружения при принятии услуг либо в процессе оказания последних. Если у Пациента есть претензии к оказанным и/или обозначенным в Акте услугам, основанием которых послужили обстоятельства, которые могут быть обнаружены в текущий период времени, Пациент обязан письменно сообщить о таких претензиях в течение 3 (трех) календарных дней после оказания услуги. В случае непредоставления письменных претензий, услуги считаются принятыми, а обязательства Исполнителя считаются исполненными надлежащим образом.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента и соответствующим Приложением к Договору.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, Приложениями к Договору и стоимостью услуг. При необходимости по медицинским показаниям в изменении Плана лечения и стоимости услуг, проинформировать об этом Пациента.

3.1.4. Предоставлять дополнительные медицинские услуги только с согласия Заказчика (Пациента).

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. До оказания услуг предоставить Исполнителю достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе все известные сведения о перенесенных заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.2. В течение всего срока оказания услуг и после их завершения неукоснительно и точно выполнять все медицинские предписания рекомендации и/или назначения, своевременно информировать медицинского работника, предоставляющего соответствующую услугу, о состоянии своего здоровья и любых его изменениях, переносимости медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, а также о любых обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные у Исполнителя и санитарный режим, а также рекомендованные медицинскими специалистами режимы гигиены, питания и/или физической

активности после проведения медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательства, так как это необходимо для обеспечения качественного и безопасного оказания услуг и/или достижения необходимых результатов.

3.2.4. Следовать Плану лечения, срокам этапов лечения, условиям прохождения лечения, содержащимся в настоящем Договоре и приложениях к нему; своевременно являться в клинику для получения услуг.

3.2.5. Являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени. Пациент уведомлен и согласен, что по независящим от Исполнителя причинам время приема Пациента может быть задержано, так как проведение любого медицинского вмешательства несет индивидуальный характер ее осуществления у каждого пациента.

3.2.6. Пройти диагностику лечения не позднее 4 (Четырех) месяцев с момента заключения настоящего Договора

3.2.7. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других стоматологических лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.8. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, при необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.9. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность, и расторгнуть Договор. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений.

3.2.10. Принять услуги, в соответствии с п. 2.4. настоящего Договора.

3.2.11. Соблюдать установленные Исполнителем Правила поведения в клинике, а также инструкции, установленные в Приложениях к настоящему договору.

3.2.12. Оплачивать медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором и Приложениями к нему.

3.2.13. Пациент обязуется приступить к прохождению медицинских услуг (лечения) не позднее 6 (шести) месяцев с даты полной оплаты услуг по соответствующему Приложению к настоящему Договору (дата оплаты подтверждается платежным документом). В случае неисполнения данного обязательства право Пациента на получение медицинских услуг по ценам, указанным в соответствующем Приложении к настоящему Договору, утрачивается. Исполнитель вправе предложить Пациенту оказание услуг по ценам, действующим на момент фактического начала лечения, без сохранения ранее оплаченных средств в качестве оплаты по старым тарифам. Неиспользованная предоплата в этом случае может быть зачтена в счет оплаты услуг по новым тарифам по усмотрению Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. По медицинским показаниям с предварительного согласия Пациента изменять план лечения, вид, объем, сроки оказания медицинских услуг.

3.3.2. При необходимости, направлять Пациента, с его согласия, в другие медицинские организации, в том числе, но не ограничиваясь, для консультаций и лечения у сторонних специалистов, для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату и по отдельному Договору с Пациентом. Такие дополнительные услуги не входят в состав услуг, являющихся предметом настоящего Договора, за оказание которых Исполнитель не несет ответственность.

3.3.3. Привлекать третьих лиц для исполнения настоящего Договора.

3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, Исполнитель вправе по выбору Пациента: направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или осуществить запись на другой день приема к лечащему врачу. При необходимости оказания услуг в текущий момент, Пациент направляется к другому врачу соответствующего профиля.

3.3.5. Приостановить оказание услуг либо расторгнуть договор в случаях:

А) нарушения Пациентом обязанностей, инструкций, предписаний врача, соблюдение которых может снизить качество предоставляемых услуг;

Б) если у Пациента имеются противопоказания к медицинскому вмешательству;

В) если у Пациента выявлено заболевание или патологический процесс, при которых необходимо оказание услуг, отсутствующих в лицензии Исполнителя.

Г) нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных настоящим Договором, в том числе условий

оплаты услуг.

Д) при иных нарушениях обязанностей Пациента по настоящему договору и в порядке действующего законодательства.

Такое расторжение договора может повлечь прекращение гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если указанные выше действия связаны с нарушением Пациентом условий настоящего договора, которые могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг.

В этом случае, Пациент обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также иные понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений, если они еще не были оплачены.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья, а также в случае обнаружения факта несоблюдения Пациентом врачебных рекомендаций.

3.3.7. Отказаться от оказания медицинской услуги в случае неисполнения Пациентом обязанностей по оплате согласно настоящему Договору и приложениям к нему.

3.3.8. Менять лечащего врача на любом этапе лечения.

3.3.9. При намеренном затягивании Заказчиком процесса лечения (длительная неявка на прием свыше 12 месяцев с момента заключения настоящего Договора, нарушение п. 3.2.6. настоящего Договора), изменить стоимость оказываемых услуг по Договору в связи с изменением стоимости материалов и оборудования, используемых Исполнителем при оказании Услуг. При этом Исполнитель уведомляет Заказчика об этом не позднее, чем за 14 (Четырнадцать) календарных дней до даты изменения.

3.3.10. Изменить стоимость услуг (внести изменения в прайс-лист) в любое время в течение действия настоящего Договора без предварительного уведомления Заказчика, за исключением случаев, когда между Исполнителем и Заказчиком подписано соответствующее приложение к Договору с утвержденным перечнем и стоимостью услуг.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Отказаться от услуг Исполнителя посредством личного предоставления письменного отказа от лечения и выполнения условий п. 3.2.9. настоящего Договора.

3.5. Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники (представитель Исполнителя), выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность.

Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что коммуникация с ним в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передаёт информацию между Пациентом и лечащим врачом при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

4. Порядок оплаты

4.1. Пациент производит оплату медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт, а также путем безналичной оплаты на сайте Исполнителя. Условия оплаты могут быть изменены Сторонами путем подписания Дополнительного соглашения, предусматривающего иной порядок оплаты.

4.2. За каждый день просрочки оплаты оказанных медицинских услуг Пациент по требованию Исполнителя оплачивает пени в размере 0,2% от стоимости неоплаченных медицинских услуг за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

4.3. На выполнение отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении настоящего Договора затруднительно, Исполнителем может быть составлена твердая или приблизительная смета. В таком случае смета на оказание услуг согласовывается с Заказчиком и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом обязательств по оплате услуг либо при наличии обстоятельств, очевидно свидетельствующих о том, что такое исполнение не будет произведено в установленный соответствующим Приложением срок, Исполнитель вправе приостановить исполнение своего обязательства или отказаться от исполнения этого обязательства и потребовать возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Исполнитель не несет ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения в связи:

- с нарушением врачебных рекомендаций режима лечения, положений Договора и приложений к нему;
- с возникновением предполагаемых осложнений;
- при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;
- предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на ход лечения.

5.4. Возможные осложнения и/или побочные эффекты медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, проведенных в рамках оказания услуг по настоящему Договору, в том числе применяемых лекарственных препаратов или медицинских изделий, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, вероятность которых не может быть полностью или частично исключена, не являются недостатками качества или безопасности услуг по настоящему Договору.

5.5. Претензии по недостаткам оказанных услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания в период действия настоящего Договора, так как гарантийный срок на медицинские услуги действующим законодательством не предусмотрен.

5.6. Претензии и запросы могут быть направлены Почтой России Исполнителю по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом № 10, строение 9, либо при личном обращении с документом, удостоверяющим его личность. В случае направления претензии в адрес Исполнителя, Исполнитель обязуется дать ответ Заказчику (Потребителю) в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения такого обращения.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического, функционального и косметического результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг путем оценки результатов на Врачебной комиссии Исполнителя при участии Пациента. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Пациент может направить претензию, составленную в свободной форме, любым удобным способом в соответствии с реквизитами Исполнителя, указанными в разделе 12 настоящего Договора.

6.2. Спор, возникший между Пациентом (Заказчиком) и Клиникой (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения их в ходе обоюдного согласия.

7. Прочие условия

7.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования, и о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент согласен получать медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Сан Смайл» на платной основе.

7.2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. Копии медицинских документов предоставляются Пациенту в порядке действующего законодательства.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных

данных и врачебной тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Сан Смайл» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и сообщений в мессенджерах социальных сетей. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по ОМС (договором ДМС), при оказании медицинских услуг на платной основе и др.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

7.7. Пациент подтверждает, что письменно уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в обозначенный (примерный) срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.8. Стороны пришли к соглашению о конфиденциальном характере содержания настоящего договора, сопутствующих документов и материалов, интеллектуального плана лечения, в том числе, фотографий, графических изображений, иллюстраций и иной информации, полученной в результате интеллектуальной деятельности Исполнителя по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Исполнителя и/или иных Правообладателей и охраняются законом.

Использование данных объектов возможно только в рамках исполнения настоящего договора. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части не могут быть использованы никаким другим образом без согласия Правообладателя, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Под неправомерным использованием понимается: любое использование, по основаниям, не связанным с абзацем 2 настоящего пункта, без согласия Правообладателя посредством копирования, воспроизведения, переработки, распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора, в любой возможной форме: устной, письменной или иной, в том числе, с использованием технических, электронных, цифровых и иных средств. В указанных случаях Исполнитель имеет право на защиту интеллектуальных прав в соответствии с действующим законодательством.

8. Гарантийные сроки, установленные Исполнителем на овеществленные результаты услуг

Гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются Исполнителем исключительно на указанные ниже услуги, имеющие овеществленный результат:

На несъемные постоянные ортопедические конструкции – 1 год.

На все виды съемных протезов – 1 год.

На пломбы и реставрации из композитного материала - 1 год

На съёмные ортодонтические аппараты - 1 месяц

На съемные ортодонтические конструкции (капы: шаговые, ретенционные и силовые) при их получении на приеме у врача - 5 дней

На съемные ортодонтические конструкции (ретенционные капы) при их получении не на приеме у врача – гарантия не установлена.

На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели.

На временные пломбы – 7 дней.

На фиксацию брекет-систем, кнопок, аттачментов и несъемного ретейнера – 3 дня.

Гарантийные обязательства на все о вещественные виды услуг возникают с момента их оказания и полностью утрачиваются при нарушении Пациентом условий настоящего Договора.

Гарантийные сроки и сроки службы (гарантия) устанавливаются только на те случаи, когда дефект возник не по вине самого Пациента.

Гарантия устанавливается при соблюдении Пациентом гигиены полости рта, посещением им регулярных осмотров не реже, чем 1 раз в 6 (Шесть) месяцев.

Перечень гарантийных случаев:

- разрушение краевого прилегания пломбы к зубу;
- изменения цвета материала по наружной границе пломбы;
- вторичный кариес из-за установки пломбы;
- утрата пломбирочного вещества из-за выпадения;
- пломба на грани выпадения;
- откол небольшого участка от коронки/протеза
- отклейка брекета/кнопки/аттачмента
- поломка/трещина капы.

Требования к пациенту для соблюдения гарантийных сроков и обязательств:

- отсутствие заболеваний или особых состояний, которые могли негативно повлиять на результаты лечения (например, беременность или недомогание, связанное с изменением гормонального фона, возникшие проблемы с ЖКТ, болезни лор-органов, длительный прием лекарств, остеопороз, новообразования).
- невмешательство сторонних врачей.
- отсутствие каких-либо травм, непредвиденных ситуаций, повлиявших на состояние зубного ряда, пломбирочный материал.
- отсутствие существенных повреждений пломбы/коронки более 50 %.

На профессиональную гигиену, отбеливание, эндодонтическое лечение хирургические манипуляции и прочие неовещественные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств по договору (окончание лечения Исполнителем, полная оплата оказанных услуг Заказчиком).

9.2. Изменение или расторжение настоящего Договора возможно по соглашению сторон, которое оформляется в той же форме, что и Договор: Заказчик (Пациент) обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность. Расторжение договора осуществляется путем направления письменного предложения о расторжении Договора, а также по инициативе Исполнителя или Пациента, в соответствии с условиями настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд, согласно законодательству РФ.

9.3. Изменения в План лечения или перечень оказываемых услуг, содержащихся в соответствующем Приложении к Договору, подписанном обеими Сторонами, возможны по согласованию сторон, которые оформляются в письменной форме.

9.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Обстоятельства непреодолимой силы

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, возникших помимо воли и желания Сторон и которые нельзя было предвидеть или избежать, включая объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, блокаду, эмбарго, землетрясения, наводнения, пожары

и другие стихийные бедствия, запретительные или иные меры государственных органов, приведшие к невозможности выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору.

10.2. В случае возникновения указанных в настоящей статье обстоятельств, сторона, подвергшаяся таким обстоятельствам, обязана в течение 15-ти дней письменно уведомить о возникновении таких обстоятельств другую сторону.

10.3. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, исполнение обязательств переносится на период действия таких обстоятельств и их последствий.

10.4. Стороны могут согласовать возможность продолжения действия договора либо изменения способов его исполнения, либо расторжения Договора. Достигнутые соглашения оформляются в той же форме, что и Договор.

11. Порядок и условия выдачи медицинских документов (их копий)

11.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Пациент либо его законный представитель представляет запрос о выдаче медицинских документов (их копий) и/или выписок из них на бумажном носителе (далее по тексту - Запрос) при личном обращении или по почте по адресу: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, который составляется в свободной форме и содержит:

11.1.1. сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

11.1.2. в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

11.1.3. наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

11.1.4. сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте.

11.1.5. дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

11.2. В случае направления запроса Пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты, Пациенту либо его законному представителю выдается копия медицинской карты или выписка из нее, за исключением случаев формирования медицинской карты в форме электронного документа.

11.3. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

11.4. К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофиши) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и DVD-дисках, магнитно-оптических дисках) (за исключением медицинских документов в форме электронного документа), в случае указания на необходимость их предоставления в Запросе, и при условии наличия в медицинских организациях соответствующих архивных данных.

11.5. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации Запроса составляет 30 дней.

12. Реквизиты сторон:

Исполнитель:

<ОРГАНИЗАЦИЯ_НАЗВАНИЕ_ОРГАНИЗАЦИИ>

<ОРГАНИЗАЦИЯ_ЮРИДИЧЕСКИЙ_АДРЕС>

ОГРН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ОГРН>

ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ИНН>

Заказчик:

ФИО: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

Паспорт

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ>/<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>

КПП <ОРГАНИЗАЦИЯ_КПП>
р/сч 40702810038000003238 в ПАО
«Сбербанк РОССИИ»
БИК 044525225
К/сч 30101810400000000225
e-mail: <ОРГАНИЗАЦИЯ_ЕМЕЙЛ>
Тел. <ОРГАНИЗАЦИЯ_ТЕЛЕФОН>
Сайт: <https://eurokappa.life/>

_____/А.Ф. Загидуллова

Кем выдан:
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>
Дата выдачи:
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧ
И>
Адрес:
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
Телефон: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ТЕЛЕФОН>
e-mail: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>✓ _____

Приложение № 1 ___
к договору об оказании платных медицинских услуг
№<НОМЕР_МЕД_КАРТЫ> от <ДАТА>

г. Москва

<ДАТА>

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

Законный представитель несовершеннолетнего <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> (родитель) <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> года рождения, паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>, орган, выдавший <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>, зарегистрирован/(ная) <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый(ая) далее «Заказчик», с одной стороны, и ООО «Сан Смайл», в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой Альбины Фаридовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», согласовали следующее:

1. Порядок оказания услуг

- 1.1. Стороны могут согласовать оказание дополнительных услуг.
- 1.2. Период проведения лечения зависит от состояния здоровья Пациента, тяжести заболевания, индивидуальных биологических и физиологических особенностей Пациента, выполнения Пациентом предписаний врача, условий прохождения лечения, содержащихся в настоящем договоре, приложениях и сопутствующих документах.

2. Инструкции, выполнение которых необходимо для качественного оказания услуг

- 2.1. Исполнитель не несет ответственности за ход лечения и неблагоприятный исход лечения при несоблюдении Пациентом положений настоящего Приложения.
- 2.2. Исполнитель информирует о том, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, соответственно Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может точно прогнозировать реакцию каждого конкретного пациента на лечение.
- 2.3. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг и вступает в силу со дня подписания его Сторонами, действует в течение всего срока лечения Пациента и оформляется в двух экземплярах.

Исполнитель А.Ф. Загидуллова _____

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО> / ✓ _____

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ И ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ В ООО «САН СМАЙЛ»

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила поведения и приема пациентов (далее по тексту – «Правила») в ООО «Сан Смайл» (далее по тексту – «Клиника») несут в себе правовую и организационную информацию и определяют нормы поведения пациентов при получении медицинских услуг, а также условия ожидания медицинских услуг.

2. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

2.1. В целях обеспечения непрерывного ортодонтического лечения и оказания своевременной медицинской помощи всем Пациентам, ООО «Сан Смайл», являясь профильной ортодонтической Клиникой, организует командную работу врачей-ортодонтотв для эффективного ортодонтического лечения, что позволяет осуществлять как плановые, так и внеплановые приемы Пациентов. Приемы пациентов в Клинике осуществляют врачи-ортодонты, принимающие в соответствующую выбранному времени приема Пациентом, смену. Информацию о времени приема врачей всех специальностей в целях выбора оптимальных условий для записи, в том числе возможно получить на ресепшен в устной форме или по телефонам Клиники.

Клиника вправе менять лечащего врача, в том числе в целях обеспечения непрерывного лечения и оказания услуг в удобное для Пациентов время.

3. Прием Пациента по записи

В связи с плотностью расписания врачей, опоздание Пациента на прием более чем на 15 минут расценивается как неявка Пациента. Пациенту необходимо явиться в Клинику за 10 минут до назначенного времени. Данное время может потребоваться для регистрационных действий и оформления документов.

4. Публикация негативных отзывов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» может повлечь за собой гражданскую, административную и/или уголовную ответственность. Пациент проинформирован о категориях информации, не являющейся свободно распространяемой, в связи с чем, обязуется:

4.1. Не допускать публикации в общедоступных источниках, в том числе в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информации, связанной с лечением, которая является интеллектуальной собственностью Клиники. Пациент обязуется не нарушать исключительных прав Клиники и иных правообладателей при использовании объектов интеллектуальной собственности. К таким объектам относятся, с том числе, но не ограничиваясь, следующие сведения:

- интеллектуальный план лечения;
- фотографии, графические изображения, иллюстрации, связанные с Планом лечения и трехмерным компьютерным моделированием будущего результата ортодонтического лечения;
- любая информация, полученная в результате интеллектуальной деятельности Клиники по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора.

4.1.2. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Клиники и/или иных правообладателей и охраняются законом. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части могут быть использованы в целях исполнения договора оказания медицинских услуг и лечения Пациента.

4.1.3. Под неправомерным использованием понимается: любое использование по основаниям, не связанным с пунктом 4.1.2. Правил, без согласия Правообладателя, посредством копирования, воспроизведения, публикации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора и лечении. В указанных случаях Клиника имеет право предъявить требования в соответствии с действующим законодательством¹.

4.2. Не допускать распространения в том числе, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», конфиденциальной информации, перечень которой обозначен в договоре оказания медицинских услуг. К такой информации относятся: содержание договора оказания медицинских услуг, сопутствующих документов и материалов, интеллектуальный план лечения, фотографии и изображения, выполненные в результате трехмерного компьютерного моделирования будущего результата ортодонтического лечения. Предоставление или распространение данной информации возможно только в целях лечения Пациента и иных, установленных законом целях.

4.3. Не распространять персональные данные медицинских работников и других сотрудников Клиники, а также не допускать доступ неограниченного круга лиц к указанным персональным данным, в том числе не осуществлять публикаций в общедоступных источниках, что является нарушением Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Такие нарушения могут выражаться в публикациях на доступных ресурсах, интернет-сайтах любой информации, связанной с определенными сотрудниками Клиники.

Обязанность предоставить доказательства законности распространения или иной обработки таких персональных данных лежит на каждом лице, осуществившем их распространение (ст. 10.1 152-ФЗ «О персональных данных»). За незаконное распространение персональных данных без согласия субъекта персональных данных предусмотрена ответственность.

¹ Защита исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности и на средства индивидуализации осуществляется, в частности, путем предъявления требования: о возмещении убытков - к лицу, неправомерно использовавшему результат интеллектуальной деятельности или средство индивидуализации; о пресечении действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения, - к лицу, совершающему такие действия или осуществляющему необходимые приготовления к ним, а также к иным лицам, которые могут пресечь такие действия.

5. Заказчик (Пациент) обязан:

- 5.1. Проявлять уважение к сотрудникам клиники.
- 5.2. Не допускать действий, направленных на причинение вреда жизни и здоровью сотрудников и посетителей, либо имитирующих эти действия.
- 5.3. Недопустимо хамить, повышать голос, использовать нецензурную лексику, оскорблять или угрожать кому-либо из сотрудников клиники. В противном случае Клиника вправе отказать Пациенту в приеме.
- 5.4. Недопустимо посещать клинику в алкогольном, наркотическом и ином опьянении.
- 5.5. Отмена визита со стороны пациента менее чем за 24 часа или неявка на прием после подтверждения является существенной потерей для клиники в связи с невозможностью передать это время другому пациенту. В этом случае клиника вправе отказать в дальнейшей записи к врачу.
- 5.6. Перед визитом к врачу следует почистить зубы и удалить остатки пищи из полости рта. Пациент всегда может воспользоваться одноразовыми зубными щетками с уже нанесенной на них зубной пастой или ополаскивателем на территории НКЦ.

6. Участие в акции «Приведи друга»

В том случае, если Пациент, проходящий или завершивший лечение в ООО «Сан Смайл», приведет в ООО «Сан Смайл» нового Пациента, заключившего договор оказания платных медицинских услуг по его рекомендации («Друга»), Пациент имеет право получить денежное вознаграждение за каждого нового пациента («Друга»), которого привел впервые в клинику.

Пациенту («Другу») при первом визите в клинику необходимо указать, что обращение идёт от пациента, прошедшего лечение или проходящего лечение в данный момент.

Для этого необходимо указать полное ФИО пациента, который порекомендовал «Другу» прийти в клинику.

Эти данные фиксируются в личном деле «Друга».

В случае, если при первом визите данные о пациенте указаны не будут, то вознаграждение пациенту выплачено не будет.

Вознаграждение Пациенту выплачивается после фиксации оборудования в полости рта «Друга».

По чьей рекомендации Вы пришли (ФИО полностью)

С настоящими правилами ознакомлен(а)

Обязуюсь исполнять

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> / ✓

(подпись)

«<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

**Информированное добровольное согласие на
первичный осмотр и консультацию**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> г. рождения, зарегистрированный по адресу:
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
<ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические исследования, в целях установления максимально точного диагноза и назначения плана лечения в ООО «Сан Смайл».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы осмотра полости рта, манипуляций и исследований, включая рентгенологические исследования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники, выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность. Я не возражаю против присутствия координатора.

Мне разъяснено и понятно, что коммуникация со мной в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передаёт информацию между мной и лечащим врачом. Я даю согласие на передачу координатору сведений, необходимых для организации оказания медицинской помощи, при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

Мне известно, что медицинские рекомендации, разъяснения диагноза, плана лечения, рисков и альтернативных вариантов лечения мне предоставляет лечащий врач; координатор не заменяет консультацию врача и не вправе изменять назначенное лечение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от осмотра полости рта, манипуляций и исследования, включая рентгенологические исследования.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы касательно предстоящей медицинской услуги и получил всю интересующую меня информацию.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

<<ДАТА_ДОГОВОРА> г.
(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия _____ номер _____

Выдан _____

(кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу: _____,

адрес регистрации: _____

телефон: _____ электронная почта: _____

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ООО «Сан Смайл» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических, социальных, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы _____, включение в списки (реестры) и отчетные
(при наличии указать)

формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты, федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам (заполняется по желанию):

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

_____ (_____)

« _____ » _____ года



ООО «Сан Смайл»
127055, г. Москва, ул. Палиха, д. 10, строение 9
ОГРН 1147746843837
ИНН 7707839805 КПП 70701001
Р/с: 40702810038000003238
К/с: 30101810400000000225
ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225

от <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>
адрес: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,
телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>
адрес электронной почты: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

**Согласие
на получение рекламной информации**
(в том числе в форме рекламной рассылки)

Настоящим я, в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «Сан Смайл» (НКЦ Еврокаппа) на направление мне информационных/рекламно-информационных рассылок об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», на получение по сетям электросвязи, а именно: телефонной, подвижной радиотелефонной связи, посредством электронной почты, рекламной информации (в том числе в форме рекламной рассылки):

Отметить галочкой при согласии	Вид направляемой информации
	Sms-Рассылки, e-мейл рассылки и рассылки в социальных мессенджерах
	Участие в бонусных программе лояльности

2. Настоящим я гарантирую достоверность предоставленных мною контактных данных и, что указанные мною при заполнении настоящего согласия номер телефона, адрес электронной почты, принадлежат мне. В случае прекращения использования мною номера телефона или адреса электронной почты, я обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом ООО «Сан Смайл». Указывая номер телефона и/или адрес электронной почты в настоящем согласии, принадлежащий третьему лицу, я гарантирую, что получил согласие от указанного третьего лица на обработку его персональных данных и на получение рекламных рассылок от ООО «Сан Смайл» в соответствии с настоящим Согласием и гарантирую предоставление такого согласия по его запросу.

3. Настоящим я даю согласие ООО «Сан Смайл» на передачу предоставленных мною персональных данных – фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты, третьим лицам в целях осуществления деятельности по направлению мне сообщений рекламного и иного информационного характера об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», а также (в обезличенном виде) в маркетинговых, статистических и иных научных целях. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия. Право выбора компаний, осуществляющих рассылку, предоставляется ООО «Сан Смайл» без дополнительного согласования.

4. Я уведомлен о том, что в любой момент в течение всего срока действия настоящего согласия, я вправе отписаться от получения рассылок путем перехода по специальной ссылке «Отписаться от рассылки» в рассылаемых письмах или путем направления соответствующего запроса на электронную почту info@eurokappa.ru.

5. Я уведомлен о том, что в любой момент согласие также может быть отозвано мной или моим представителем путем направления письменного заявления (с указанием своей фамилии, имени, отчества (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты, которые я сообщил) ООО «Сан Смайл» по его юридическому адресу.

6. Согласие действует всё время до прекращения рассылки рекламно-информационных сообщений или до дня отзыва настоящего Согласия в соответствии с пунктами 4 и 5 настоящего Согласия.

7. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем Согласия на обработку персональных данных, ООО «Сан Смайл» вправе продолжить обработку без разрешения субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 — 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Адресат (пациент)

_____/_____(Ф.И.О.)
(подпись)

<ДАТА_ДОГОВОРА>г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые**

граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____, « ____ » _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина/пациента)

зарегистрированный по адресу _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____
(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)
« ____ » _____ г. рождения, _____ зарегистрированный по адресу _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ (дата оформления)

Информация

о перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

- *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- *Антропометрические исследования.
- *Термометрия.
- *Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутриочно.
- Медицинский массаж.
- *Лечебная физкультура.

* - Медицинские вмешательства, включенные в Перечень, применяемые на стоматологическом приеме

Договор на оказание платных медицинских услуг трехсторонний <НОМЕР_МЕД_КАРТЫ>

г. Москва

<ДАТА>

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> года рождения, паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ>, выдан <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> года, орган, выдавший паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>, зарегистрирован/(ная) по адресу: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый(ая) далее «Заказчик»,

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

<ДАТА_РОЖДЕНИЯ> года рождения, паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> года, орган, выдавший паспорт <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, зарегистрирован/(ная) по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый(ая) далее «Пациент», с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Сан Смайл», адрес местонахождения: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, свидетельство о государственной регистрации 77 017386680, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 28.07.2014, ОГРН 1147746843837, ИНН 7707839805, лицензия Л041-01137-77/00358229 от 26.11.2020 г., выданная Департаментом здравоохранения гор. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел +7 (495) 777-77-77) в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой Альбины Фаридовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент принять и оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень и стоимость услуг содержится в Прайс-листе Исполнителя, либо в соответствующем Приложении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Оплата услуг по настоящему Договору, оказанных Пациенту, осуществляется Заказчиком.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Сан Смайл» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом № 10, строение 6, строение 9, строение 10, строение 2.

1.4. Услуги по настоящему Договору оказываются в дни и часы работы Исполнителя и доводятся до сведения Пациента/Заказчика любым доступным способом, в том числе путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя <https://eurokappa.moscow> в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках).

1.5. Оказание услуг по настоящему Договору осуществляется как в порядке предварительной записи на прием посредством телефонной и иной связи, так и непосредственно при личном обращении Пациента.

1.6. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги по рентгенодиагностическому исследованию. Результатом оказания услуг являются данные рентгенодиагностического исследования для составления медицинским специалистом Исполнителя (лечащим врачом) интеллектуального (клинического) плана лечения.

1.7. В случае запроса результата оказания услуг по рентгенодиагностическому исследованию на цифровом, печатном носителе или по электронной почте, Пациент оплачивает стоимость услуг в соответствии с прайс-листом Исполнителя на момент заключения договора, с которым Пациент был ознакомлен.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату. Оказание медицинских услуг производится после получения подписанного Информированного добровольного согласия Пациента на оказание медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый с учетом мнения Пациента, после первичного осмотра Пациента определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения, возможные осложнения и информирует об этом Пациента, составляет предварительный План лечения, на основании которого составляется соответствующее Приложение к Договору.

2.3. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился:

А) с Прайсом (перечнем цен предлагаемых услуг), а также со специальными предложениями Исполнителя, находящимися на территории Исполнителя, а также на сайте Исполнителя. Пациент проинформирован о том, что, приобретая услуги, может потребоваться оказание на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором и приложениями к нему.

Б) с правилами оказания медицинских услуг, а также с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Сан Смайл».

2.4. В соответствии с п. 3 ст. 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», требования Пациента в связи с недостатками услуг предъявляются в случае их обнаружения при принятии услуг либо в процессе оказания последних. Если у Пациента есть претензии к оказанным и/или обозначенным в Акте услугам, основанием которых послужили обстоятельства, которые могут быть обнаружены в текущий период времени, Пациент обязан письменно сообщить о таких претензиях в течение 3 (трех) календарных дней после оказания услуги. В случае непредоставления письменных претензий, услуги считаются принятыми, а обязательства Исполнителя считаются исполненными надлежащим образом.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента и соответствующим Приложением к Договору.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента/Заказчика с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, Приложениями к Договору и стоимостью услуг. При необходимости по медицинским показаниям в изменении Плана лечения и стоимости услуг, проинформировать об этом Пациента.

3.1.4. Предоставлять дополнительные медицинские услуги только с согласия Пациента.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. До оказания услуг предоставить Исполнителю достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе все известные сведения о перенесенных заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.2. В течение всего срока оказания услуг и после их завершения неукоснительно и точно выполнять все медицинские предписания рекомендации и/или назначения, своевременно информировать медицинского работника, предоставляющего соответствующую услугу, о состоянии своего здоровья и любых его изменениях, переносимости медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, а также о любых обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные у Исполнителя и санитарный режим, а также рекомендованные медицинскими специалистами режимы гигиены, питания и/или физической активности после проведения медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательства, так как это необходимо для обеспечения качественного и безопасного оказания услуг и/или достижения необходимых результатов.

3.2.4. Следовать Плану лечения, срокам этапов лечения, условиям прохождения лечения, содержащимся

в настоящем Договоре и приложениях к нему; своевременно являться в клинику для получения услуг.

3.2.5. Являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени. Пациент уведомлен и согласен, что по независящим от Исполнителя причинам время приема Пациента может быть задержано, так как проведение любого медицинского вмешательства несет индивидуальный характер ее осуществления у каждого пациента.

3.2.6. Пройти диагностику лечения не позднее 4 (Четырех) месяцев с момента заключения настоящего Договора

3.2.7. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других стоматологических лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.8. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, при необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.9. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность, и расторгнуть Договор. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений.

3.2.10. Принять услуги, в соответствии с п. 2.4. настоящего Договора.

3.2.11. Соблюдать установленные Исполнителем Правила поведения в клинике, а также инструкции, установленные в Приложениях к настоящему договору.

3.2.12. Оплачивать медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором и Приложениями к нему.

3.2.13. Пациент обязуется приступить к прохождению медицинских услуг (лечения) не позднее 6 (шести) месяцев с даты полной оплаты услуг по соответствующему Приложению к настоящему Договору (дата оплаты подтверждается платежным документом). В случае неисполнения данного обязательства право Пациента на получение медицинских услуг по ценам, указанным в соответствующем Приложении к настоящему Договору, утрачивается. Исполнитель вправе предложить Пациенту оказание услуг по ценам, действующим на момент фактического начала лечения, без сохранения ранее оплаченных средств в качестве оплаты по старым тарифам. Неиспользованная предоплата в этом случае может быть зачтена в счет оплаты услуг по новым тарифам по усмотрению Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. По медицинским показаниям с предварительного согласия Пациента изменять план лечения, вид, объем, сроки оказания медицинских услуг.

3.3.2. При необходимости, направлять Пациента, с его согласия, в другие медицинские организации, в том числе, но не ограничиваясь, для консультаций и лечения у сторонних специалистов, для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату и по отдельному Договору с Пациентом. Такие дополнительные услуги не входят в состав услуг, являющихся предметом настоящего Договора, за оказание которых Исполнитель не несет ответственность.

3.3.3. Привлекать третьих лиц для исполнения настоящего Договора.

3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, Исполнитель вправе по выбору Пациента: направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или осуществить запись на другой день приема к лечащему врачу. При необходимости оказания услуг в текущий момент, Пациент направляется к другому врачу соответствующего профиля.

3.3.5. Приостановить оказание услуг либо расторгнуть договор в случаях:

А) нарушения Пациентом обязанностей, инструкций, предписаний врача, соблюдение которых может снизить качество предоставляемых услуг;

Б) если у Пациента имеются противопоказания к медицинскому вмешательству;

В) если у Пациента выявлено заболевание или патологический процесс, при которых необходимо оказание услуг, отсутствующих в лицензии Исполнителя.

Г) нарушения Пациентом/Заказчиком обязательств, предусмотренных настоящим Договором, в том числе условий оплаты услуг.

Д) при иных нарушениях обязанностей Пациента по настоящему договору и в порядке действующего законодательства.

Такое расторжение договора может повлечь прекращение гарантийных обязательств по всем ранее

оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если указанные выше действия связаны с нарушением Пациентом условий настоящего договора, которые могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг.

В этом случае, Пациент/Заказчик обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также иные понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений, если они еще не были оплачены.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья, а также в случае обнаружения факта несоблюдения Пациентом врачебных рекомендаций.

3.3.7. Отказаться от оказания медицинской услуги в случае неисполнения Пациентом обязанностей по оплате согласно настоящему Договору и приложениям к нему.

3.3.8. Менять лечащего врача на любом этапе лечения.

3.3.9. При намеренном затягивании Пациентом/Заказчиком процесса лечения (длительная неявка на прием свыше 12 месяцев с момента заключения настоящего Договора, нарушение п. 3.2.6. настоящего Договора), изменить стоимость оказываемых услуг по Договору в связи с изменением стоимости материалов и оборудования, используемых Исполнителем при оказании Услуг. При этом Исполнитель уведомляет Заказчика об этом не позднее, чем за 14 (Четырнадцать) календарных дней до даты изменения.

3.3.10. Изменить стоимость услуг (внести изменения в прайс-лист) в любое время в течение действия настоящего Договора без предварительного уведомления Заказчика/Пациента, за исключением случаев, когда между Исполнителем и Заказчиком подписано соответствующее приложение к Договору с утвержденным перечнем и стоимостью услуг.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Отказаться от услуг Исполнителя посредством личного предоставления письменного отказа от лечения и выполнения условий п. 3.2.9. настоящего Договора.

3.5. Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники (представитель Исполнителя), выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность.

Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что коммуникация с ним в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передаёт информацию между Пациентом и лечащим врачом при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

4. Порядок оплаты

4.1. Заказчик производит оплату медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт, а также путем безналичной оплаты на сайте Исполнителя. Условия оплаты могут быть изменены Сторонами путем подписания Дополнительного соглашения, предусматривающего иной порядок оплаты.

4.2. За каждый день просрочки оплаты оказанных медицинских услуг Пациент/Заказчик по требованию Исполнителя оплачивает пени в размере 0,2% от стоимости неоплаченных медицинских услуг за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Пациента/Заказчика от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

4.3. На выполнение отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении настоящего Договора затруднительно, Исполнителем может быть составлена твердая или приблизительная смета. В таком случае смета на оказание услуг согласовывается с Заказчиком и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом обязательств по оплате услуг

либо при наличии обстоятельств, очевидно свидетельствующих о том, что такое исполнение не будет произведено в установленный соответствующим Приложением срок, Исполнитель вправе приостановить исполнение своего обязательства или отказаться от исполнения этого обязательства и потребовать возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Исполнитель не несет ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения в связи:

- с нарушением врачебных рекомендаций режима лечения, положений Договора и приложений к нему;
- с возникновением предполагаемых осложнений;
- при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;
- предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на ход лечения.

5.4. Возможные осложнения и/или побочные эффекты медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, проведенных в рамках оказания услуг по настоящему Договору, в том числе применяемых лекарственных препаратов или медицинских изделий, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, вероятность которых не может быть полностью или частично исключена, не являются недостатками качества или безопасности услуг по настоящему Договору.

5.5. Претензии по недостаткам оказанных услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания в период действия настоящего Договора, так как гарантийный срок на медицинские услуги действующим законодательством не предусмотрен.

5.6. Претензии и запросы могут быть направлены Исполнителю по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом № 10, строение 9, либо при личном обращении с документом, удостоверяющим его личность. В случае направления претензии в адрес Исполнителя, Исполнитель обязуется дать ответ Пациенту (Потребителю) в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения такого обращения.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического, функционального и косметического результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг путем оценки результатов на Врачебной комиссии Исполнителя при участии Пациента. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Пациент может направить претензию, составленную в свободной форме, любым удобным способом в соответствии с реквизитами Исполнителя, указанными в разделе 12 настоящего Договора.

6.2. Спор, возникший между Пациентом (Заказчиком) и Клиникой (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения их в ходе обоюдного согласия.

7. Прочие условия

7.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования, и о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент согласен получать медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Сан Смайл» на платной основе.

7.2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. Копии медицинских документов предоставляются Пациенту в порядке действующего законодательства.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Сан Смайл»

своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и сообщений в мессенджерах социальных сетей. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по ОМС (договором ДМС), при оказании медицинских услуг на платной основе и др.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

7.7. Пациент подтверждает, что письменно уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в обозначенный (примерный) срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.8. Стороны пришли к соглашению о конфиденциальном характере содержания настоящего договора, сопутствующих документов и материалов, интеллектуального плана лечения, в том числе, фотографий, графических изображений, иллюстраций и иной информации, полученной в результате интеллектуальной деятельности Исполнителя по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Исполнителя и/или иных Правообладателей и охраняются законом.

Использование данных объектов возможно только в рамках исполнения настоящего договора. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части не могут быть использованы никаким другим образом без согласия Правообладателя, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Под неправомерным использованием понимается: любое использование, по основаниям, не связанным с абзацем 2 настоящего пункта, без согласия Правообладателя посредством копирования, воспроизведения, переработки, распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора, в любой возможной форме: устной, письменной или иной, в том числе, с использованием технических, электронных, цифровых и иных средств. В указанных случаях Исполнитель имеет право на защиту интеллектуальных прав в соответствии с действующим законодательством.

8. Гарантийные сроки, установленные Исполнителем на о вещественные результаты услуг

Гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются Исполнителем исключительно на указанные ниже услуги, имеющие о вещественный результат:

На несъемные постоянные ортопедические конструкции – 1 год.

На все виды съемных протезов – 1 год.

На пломбы и реставрации из композитного материала - 1 год

На съёмные ортодонтические аппараты - 1 месяц

На съемные ортодонтические конструкции (капы: шаговые, ретенционные и силовые) при их получении на приеме у врача - 5 дней

На съемные ортодонтические конструкции (ретенционные капы) при их получении не на приеме у врача

– гарантия не установлена.

На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели.

На временные пломбы – 7 дней.

На фиксацию брекет-систем, кнопок, аттачментов и несъемного ретейнера – 3 дня.

Гарантийные обязательства на все овеществленные виды услуг возникают с момента их оказания и полностью утрачиваются при нарушении Пациентом условий настоящего Договора.

Гарантийные сроки и сроки службы (гарантия) устанавливаются только на те случаи, когда дефект возник не по вине самого Пациента.

Гарантия устанавливается при соблюдении Пациентом гигиены полости рта, посещением им регулярных осмотров не реже, чем 1 раз в 6 (Шесть) месяцев.

Перечень гарантийных случаев:

- разрушение краевого прилегания пломбы к зубу;
- изменения цвета материала по наружной границе пломбы;
- вторичный кариес из-за установки пломбы;
- утрата пломбирочного вещества из-за выпадения;
- пломба на грани выпадения;
- откол небольшого участка от коронки/протеза
- отклейка брекета/кнопки/аттачмента
- поломка/трещина капы.

Требования к пациенту для соблюдения гарантийных сроков и обязательств:

- отсутствие заболеваний или особых состояний, которые могли негативно повлиять на результаты лечения (например, беременность или недомогание, связанное с изменением гормонального фона, возникшие проблемы с ЖКТ, болезни лор-органов, длительный прием лекарств, остеопороз, новообразования).
- невмешательство сторонних врачей.
- отсутствие каких-либо травм, непредвиденных ситуаций, повлиявших на состояние зубного ряда, пломбирочный материал.
- отсутствие существенных повреждений пломбы/коронки более 50 %.

На профессиональную гигиену, отбеливание, эндодонтическое лечение хирургические манипуляции и прочие неовеществленные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств по договору (окончание лечения Исполнителем, полная оплата оказанных услуг Заказчиком).

9.2. Изменение или расторжение настоящего Договора возможно по соглашению сторон, которое оформляется в той же форме, что и Договор: Заказчик (Пациент) обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность. Расторжение договора осуществляется путем направления письменного предложения о расторжении Договора, а также по инициативе Исполнителя или Пациента, в соответствии с условиями настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд, согласно законодательству РФ.

9.3. Изменения в План лечения или перечень оказываемых услуг, содержащихся в соответствующем Приложении к Договору, подписанном обеими Сторонами, возможны по согласованию сторон, которые оформляются в письменной форме.

9.4. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Обстоятельства непреодолимой силы

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, возникших помимо воли и желания Сторон и которые нельзя было предвидеть или избежать, включая объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, блокаду, эмбарго, землетрясения, наводнения, пожары и другие стихийные бедствия, запретительные или иные меры государственных органов, приведшие к невозможности выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору.

10.2. В случае возникновения указанных в настоящей статье обстоятельств, сторона, подвергшаяся таким

обстоятельствам, обязана в течение 15-ти дней письменно уведомить о возникновении таких обстоятельств другую сторону.

10.3. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, исполнение обязательств переносится на период действия таких обстоятельств и их последствий.

10.4. Стороны могут согласовать возможность продолжения действия договора либо изменения способов его исполнения, либо расторжения Договора. Достигнутые соглашения оформляются в той же форме, что и Договор.

11. Порядок и условия выдачи медицинских документов (их копий)

11.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Пациент либо его законный представитель представляет запрос о выдаче медицинских документов (их копий) и/или выписок из них на бумажном носителе (далее по тексту - Запрос) при личном обращении или по почте по адресу: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, который составляется в свободной форме и содержит:

11.1.1. сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

11.1.2. в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

11.1.3. наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

11.1.4. сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте.

11.1.5. дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

11.2. В случае направления запроса Пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты, Пациенту либо его законному представителю выдается копия медицинской карты или выписка из нее, за исключением случаев формирования медицинской карты в форме электронного документа.

11.3. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

11.4. К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофиши) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и DVD-дисках, магнитно-оптических дисках) (за исключением медицинских документов в форме электронного документа), в случае указания на необходимость их предоставления в Запросе, и при условии наличия в медицинских организациях соответствующих архивных данных.

11.5. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации Запроса составляет 30 дней.

12. Реквизиты сторон:

Исполнитель:

<ОРГАНИЗАЦИЯ_НАЗВАНИЕ_ОРГАНИЗАЦИИ>
<ОРГАНИЗАЦИЯ_ЮРИДИЧЕСКИЙ_АДРЕС>
ОГРН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ОГРН>
ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ИНН>
КПП <ОРГАНИЗАЦИЯ_КПП>
р/сч 40702810038000003238 в ПАО «Сбербанк РОССИИ»
БИК 044525225
К/сч 30101810400000000225
e-mail: <ОРГАНИЗАЦИЯ_ЕМЕЙЛ>
Тел. <ОРГАНИЗАЦИЯ_ТЕЛЕФОН>
Сайт: <https://eurokappa.life/>

_____/А.Ф.
Загидуллова

Пациент:

ФИО: <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>
Паспорт: <ПАСПОРТ_СЕРИЯ>
<ПАСПОРТ_НОМЕР>
Кем _____ выда _____
<ПАСПОРТ_ВЫДАН>
Дата _____ выдачи: _____
<ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>
>
Адрес: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
Телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>
e-mail: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

<ПАЦИЕНТ_ФИО>

✓

Заказчик:

ФИО: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>
Паспорт: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ>
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>
Кем _____ выда _____
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>
Дата _____ выдач _____
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>
Адрес: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
Телефон: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ТЕЛЕФОН>
>
e-mail: < _____ >

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

✓

Приложение № 1
к договору об оказании платных медицинских услуг
№<НОМЕР_МЕД_КАРТЫ> от <ДАТА>

г. Москва

<ДАТА>

<ЗАКАЗЧИК_ФИО_ПОЛНОЕ>, именуемый(ая) далее «Заказчик»,
<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, именуемый(ая) далее «Пациент», с одной стороны, и
ООО «Сан Смайл», в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой
Альбины Фаридовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,
далее совместно именуемые «Стороны», согласовали следующее:

1. Порядок оказания услуг

1.1. Стороны могут согласовать оказание дополнительных услуг.

1.2. Период проведения лечения зависит от состояния здоровья Пациента, тяжести заболевания, индивидуальных биологических и физиологических особенностей Пациента, выполнения Пациентом предписаний врача, условий прохождения лечения, содержащихся в настоящем договоре, приложениях и сопутствующих документах.

2. Инструкции, выполнение которых необходимо для качественного оказания услуг

2.1. Исполнитель не несет ответственности за ход лечения и неблагоприятный исход лечения при несоблюдении Пациентом положений настоящего Приложения.

2.2. Исполнитель информирует о том, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, соответственно Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может точно прогнозировать реакцию каждого конкретного пациента на лечение.

2.3. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг и вступает в силу со дня подписания его Сторонами, действует в течение всего срока лечения Пациента и оформляется в двух экземплярах.

Исполнитель А.Ф. Загидуллова _____

Заказчик <ЗАКАЗЧИК_ФИО_ПОЛНОЕ> /✓ _____

Пациент <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> /✓ _____

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ И ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ В ООО «САН СМАЙЛ»

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила поведения и приема пациентов (далее по тексту – «Правила») в ООО «Сан Смайл» (далее по тексту – «Клиника») несут в себе правовую и организационную информацию и определяют нормы поведения пациентов при получении медицинских услуг, а также условия ожидания медицинских услуг.

2. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

2.1. В целях обеспечения непрерывного ортодонтического лечения и оказания своевременной медицинской помощи всем Пациентам, ООО «Сан Смайл», являясь профильной ортодонтической Клиникой, организует командную работу врачей-ортодонтотв для эффективного ортодонтического лечения, что позволяет осуществлять как плановые, так и внеплановые приемы Пациентов. Приемы пациентов в Клинике осуществляют врачи-ортодонты, принимающие в соответствующую выбранному времени приема Пациентом, смену. Информацию о времени приема врачей всех специальностей в целях выбора оптимальных условий для записи, в том числе возможно получить на ресепшен в устной форме или по телефонам Клиники.

Клиника вправе менять лечащего врача, в том числе в целях обеспечения непрерывного лечения и оказания услуг в удобное для Пациентов время.

3. Прием Пациента по записи

В связи с плотностью расписания врачей, опоздание Пациента на прием более чем на 15 минут расценивается как неявка Пациента. Пациенту необходимо явиться в Клинику за 10 минут до назначенного времени. Данное время может потребоваться для регистрационных действий и оформления документов.

4. Публикация негативных отзывов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» может повлечь за собой гражданскую, административную и/или уголовную ответственность. Пациент проинформирован о категориях информации, не являющейся свободно распространяемой, в связи с чем, обязуется:

4.1. Не допускать публикации в общедоступных источниках, в том числе в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информации, связанной с лечением, которая является интеллектуальной собственностью Клиники. Пациент обязуется не нарушать исключительных прав Клиники и иных правообладателей при использовании объектов интеллектуальной собственности. К таким объектам относятся, с том числе, но не ограничиваясь, следующие сведения:

- интеллектуальный план лечения;
- фотографии, графические изображения, иллюстрации, связанные с Планом лечения и трехмерным компьютерным моделированием будущего результата ортодонтического лечения;
- любая информация, полученная в результате интеллектуальной деятельности Клиники по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора.

4.1.2. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Клиники и/или иных правообладателей и охраняются законом. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части могут быть использованы в целях исполнения договора оказания медицинских услуг и лечения Пациента.

4.1.3. Под неправомерным использованием понимается: любое использование по основаниям, не связанным с пунктом 4.1.2. Правил, без согласия Правообладателя, посредством копирования, воспроизведения, публикации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора и лечении. В указанных случаях Клиника имеет право предъявить требования в соответствии с действующим законодательством¹.

4.2. Не допускать распространения в том числе, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», конфиденциальной информации, перечень которой обозначен в договоре оказания медицинских услуг. К такой информации относятся: содержание договора оказания медицинских услуг, сопутствующих документов и материалов, интеллектуальный план лечения, фотографии и изображения, выполненные в результате трехмерного компьютерного моделирования будущего результата ортодонтического лечения. Предоставление или распространение данной информации возможно только в целях лечения Пациента и иных, установленных законом целях.

4.3. Не распространять персональные данные медицинских работников и других сотрудников Клиники, а также не допускать доступ неограниченного круга лиц к указанным персональным данным, в том числе не осуществлять публикаций в общедоступных источниках, что является нарушением Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Такие нарушения могут выражаться в публикациях на доступных ресурсах, интернет-сайтах любой информации, связанной с определенными сотрудниками Клиники.

Обязанность предоставить доказательства законности распространения или иной обработки таких персональных данных лежит на каждом лице, осуществившем их распространение (ст. 10.1 152-ФЗ «О персональных данных»). За незаконное распространение персональных данных без согласия субъекта персональных данных предусмотрена ответственность.

¹ Защита исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности и на средства индивидуализации осуществляется, в частности, путем предъявления требования: о возмещении убытков - к лицу, неправомерно использовавшему результат интеллектуальной деятельности или средство индивидуализации; о пресечении действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения, - к лицу, совершающему такие действия или осуществляющему необходимые приготовления к ним, а также к иным лицам, которые могут пресечь такие действия.

5. Заказчик (Пациент) обязан:

- 5.1. Проявлять уважение к сотрудникам клиники.
- 5.2. Не допускать действий, направленных на причинение вреда жизни и здоровью сотрудников и посетителей, либо имитирующих эти действия.
- 5.3. Недопустимо хамить, повышать голос, использовать нецензурную лексику, оскорблять или угрожать кому-либо из сотрудников клиники. В противном случае Клиника вправе отказать Пациенту в приеме.
- 5.4. Недопустимо посещать клинику в алкогольном, наркотическом и ином опьянении.
- 5.5. Отмена визита со стороны пациента менее чем за 24 часа или неявка на прием после подтверждения является существенной потерей для клиники в связи с невозможностью передать это время другому пациенту. В этом случае клиника вправе отказать в дальнейшей записи к врачу.
- 5.6. Перед визитом к врачу следует почистить зубы и удалить остатки пищи из полости рта. Пациент всегда может воспользоваться одноразовыми зубными щетками с уже нанесенной на них зубной пастой или ополаскивателем на территории НКЦ.

6. Участие в акции «Приведи друга»

В том случае, если Пациент, проходящий или завершивший лечение в ООО «Сан Смайл», приведет в ООО «Сан Смайл» нового Пациента, заключившего договор оказания платных медицинских услуг по его рекомендации («Друга»), Пациент имеет право получить денежное вознаграждение за каждого нового пациента («Друга»), которого привел впервые в клинику.

Пациенту («Другу») при первом визите в клинику необходимо указать, что обращение идёт от пациента, прошедшего лечение или проходящего лечение в данный момент.

Для этого необходимо указать полное ФИО пациента, который порекомендовал «Другу» прийти в клинику.

Эти данные фиксируются в личном деле «Друга».

В случае, если при первом визите данные о пациенте указаны не будут, то вознаграждение пациенту выплачено не будет.

Вознаграждение Пациенту выплачивается после фиксации оборудования в полости рта «Друга».

По чьей рекомендации Вы пришли (ФИО полностью)

С настоящими правилами ознакомлен(а)

Обязуюсь исполнять

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> / ✓

(подпись)

«<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

**Информированное добровольное согласие на
первичный осмотр и консультацию**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) <ДАТА_РОЖДЕНИЯ>
г. рождения, зарегистрированный по адресу:
<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ> (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические исследования, в целях установления максимально точного диагноза и назначения плана лечения в ООО «Сан Смайл».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы осмотра полости рта, манипуляций и исследований, включая рентгенологические исследования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники, выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность. Я не возражаю против присутствия координатора.

Мне разъяснено и понятно, что коммуникация со мной в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передаёт информацию между мной и лечащим врачом. Я даю согласие на передачу координатору сведений, необходимых для организации оказания медицинской помощи, при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

Мне известно, что медицинские рекомендации, разъяснения диагноза, плана лечения, рисков и альтернативных вариантов лечения мне предоставляет лечащий врач; координатор не заменяет консультацию врача и не вправе изменять назначенное лечение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от осмотра полости рта, манипуляций и исследования, включая рентгенологические исследования.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы касательно предстоящей медицинской услуги и получил всю интересующую меня информацию.

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

<<ДАТА_Д>> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.
(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) _____,
(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия _____ номер _____

Выдан _____

(кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу: _____,

адрес регистрации: _____

телефон: _____ электронная почта: _____

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ООО «Сан Смайл» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических, социальных, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы _____, включение в списки (реестры) и отчетные
(при наличии указать)

формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты, федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам (заполняется по желанию):

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

_____ (_____)

« _____ » _____ года

ООО «Сан Смайл»
127055, г. Москва, ул. Палиха, д. 10, строение 9
ОГРН 1147746843837
ИНН 7707839805 КПП 70701001
Р/с: 40702810038000003238
К/с: 30101810400000000225
ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225

от <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>
(Ф.И.О. пациента)
адрес: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
телефон: <ПАЦИЕНТ ТЕЛЕФОН>
адрес электронной почты: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

**Согласие
на получение рекламной информации**
(в том числе в форме рекламной рассылки)

Настоящим я, в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «Сан Смайл» (НКЦ Еврокаппа) на направление мне информационных/рекламно-информационных рассылок об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», на получение по сетям электросвязи, а именно: телефонной, подвижной радиотелефонной связи, посредством электронной почты, рекламной информации (в том числе в форме рекламной рассылки):

Отметить галочкой при согласии	Вид направляемой информации
	Sms-Рассылки, e-мейл рассылки и рассылки в социальных мессенджерах
	Участие в бонусных программе лояльности

2. Настоящим я гарантирую достоверность предоставленных мною контактных данных и, что указанные мною при заполнении настоящего согласия номер телефона, адрес электронной почты, принадлежат мне. В случае прекращения использования мною номера телефона или адреса электронной почты, я обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом ООО «Сан Смайл». Указывая номер телефона и/или адрес электронной почты в настоящем согласии, принадлежащий третьему лицу, я гарантирую, что получил согласие от указанного третьего лица на обработку его персональных данных и на получение рекламных рассылок от ООО «Сан Смайл» в соответствии с настоящим Соглашением и гарантирую предоставление такого согласия по его запросу.

3. Настоящим я даю согласие ООО «Сан Смайл» на передачу предоставленных мною персональных данных – фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты, третьим лицам в целях осуществления деятельности по направлению мне сообщений рекламного и иного информационного характера об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», а также (в обезличенном виде) в маркетинговых, статистических и иных научных целях. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия. Право выбора компаний, осуществляющих рассылку, предоставляется ООО «Сан Смайл» без дополнительного согласования.

4. Я уведомлен о том, что в любой момент в течение всего срока действия настоящего согласия, я вправе отписаться от получения рассылок путем перехода по специальной ссылке «Отписаться от рассылки» в рассылаемых письмах или путем направления соответствующего запроса на электронную почту info@eurokappa.ru.

5. Я уведомлен о том, что в любой момент согласие также может быть отозвано мной или моим представителем путем направления письменного заявления (с указанием своей фамилии, имени, отчества (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты, которые я сообщил) ООО «Сан Смайл» по его юридическому адресу.

6. Согласие действует всё время до прекращения рассылки рекламно-информационных сообщений или до дня отзыва настоящего Соглашения в соответствии с пунктами 4 и 5 настоящего Соглашения.

7. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем Соглашения на обработку персональных данных, ООО «Сан Смайл» вправе продолжить обработку без разрешения субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 — 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Адресат (пациент)

_____/_____(Ф.И.О.)
(подпись)

<<ДАТА_Д>> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые**

граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,
(Ф.И.О. гражданина/пациента)

<ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,
в отношении _____

(Ф.И.О. пациента при подписании согласия законным представителем)
<«_____» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

<<ДАТА_Д>> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г. (дата оформления)

Информация

о перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

1. *Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. *Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. *Антропометрические исследования.
4. *Термометрия.
5. *Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. *Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. *Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. *Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. *Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. *Лечебная физкультура.

* - Медицинские вмешательства, включенные в Перечень, применяемые на стоматологическом приеме

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

<ДАТА_РОЖДЕНИЯ> года рождения, паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ> года, орган, выдавший паспорт <ПАСПОРТ_ВЫДАН>, зарегистрирован/(ная) по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый(ая) далее «Пациент», с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Сан Смайл», адрес местонахождения: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, свидетельство о государственной регистрации 77 017386680, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве 28.07.2014, ОГРН 1147746843837, ИНН 7707839805, лицензия Л041-01137-77/00358229 от 26.11.2020 г., выданная Департаментом здравоохранения гор. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел +7 (495) 777-77-77) в соответствии с частью 5 статьи 14 Федерального закона от 4 мая 2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой Альбины Фаридовны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент принять и оплатить услуги Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень и стоимость услуг содержится в Прайс-листе Исполнителя, либо в соответствующем Приложении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Сан Смайл» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом № 10, строение 6, строение 9, строение 10, строение 2.

1.4. Услуги по настоящему Договору оказываются в дни и часы работы Исполнителя и доводятся до сведения Пациента любым доступным способом, в том числе путем размещения информации на официальном сайте Исполнителя <https://eurokappa.moscow> в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах (стойках).

1.5. Оказание услуг по настоящему Договору осуществляется как в порядке предварительной записи на прием посредством телефонной и иной связи, так и непосредственно при личном обращении Пациента.

1.6. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги по рентгенодиагностическому исследованию. Результатом оказания услуг являются данные рентгенодиагностического исследования для составления медицинским специалистом Исполнителя (лечащим врачом) интеллектуального (клинического) плана лечения.

1.7. В случае запроса результата оказания услуг по рентгенодиагностическому исследованию на цифровом, печатном носителе или по электронной почте, Пациент оплачивает стоимость услуг в соответствии с прайс-листом Исполнителя на момент заключения договора, с которым Пациент был ознакомлен.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату. Оказание медицинских услуг производится после получения подписанного Информированного добровольного согласия Пациента на оказание медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач, назначаемый с учетом мнения Пациента, после первичного осмотра Пациента определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения, возможные осложнения и информирует об этом Пациента, составляет предварительный План лечения, на основании которого составляется соответствующее Приложение к Договору.

2.3. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что предварительно ознакомился:

А) с Прайсом (перечнем цен предлагаемых услуг), а также со специальными предложениями Исполнителя, находящимися на территории Исполнителя, а также на сайте Исполнителя. Пациент проинформирован о том, что, приобретая услуги, может потребоваться оказание на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором и приложениями к нему.

Б) с правилами оказания медицинских услуг, а также с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Сан Смайл».

2.4. В соответствии с п. 3 ст. 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», требования Пациента в связи с недостатками услуг предъявляются в случае их обнаружения при принятии услуг либо в процессе оказания последних. Если у Пациента есть претензии к оказанным и/или обозначенным в Акте услугам, основанием которых послужили обстоятельства, которые могут быть обнаружены в текущий период времени, Пациент обязан письменно сообщить о таких претензиях в течение 3 (трех) календарных дней после оказания услуги. В случае непредоставления письменных претензий, услуги считаются принятыми, а обязательства Исполнителя считаются исполненными надлежащим образом.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента и соответствующим Приложением к Договору.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, Приложениями к Договору и стоимостью услуг. При необходимости по медицинским показаниям в изменении Плана лечения и стоимости услуг, проинформировать об этом Пациента.

3.1.4. Предоставлять дополнительные медицинские услуги только с согласия Пациента.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. До оказания услуг предоставить Исполнителю достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе все известные сведения о перенесенных заболеваниях, непереносимости лекарственных средств, аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.2. В течение всего срока оказания услуг и после их завершения неукоснительно и точно выполнять все медицинские предписания рекомендации и/или назначения, своевременно информировать медицинского работника, предоставляющего соответствующую услугу, о состоянии своего здоровья и любых его изменениях, переносимости медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, а также о любых обстоятельствах, препятствующих оказанию услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные у Исполнителя и санитарный режим, а также рекомендованные медицинскими специалистами режимы гигиены, питания и/или физической активности после проведения медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательства, так как это необходимо для обеспечения качественного и безопасного оказания услуг и/или достижения необходимых результатов.

3.2.4. Следовать Плану лечения, срокам этапов лечения, условиям прохождения лечения, содержащимся в настоящем Договоре и приложениях к нему; своевременно являться в клинику для получения услуг.

3.2.5. Являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени. Пациент уведомлен и согласен, что по независящим от Исполнителя причинам время приема Пациента может быть задержано, так как проведение любого медицинского вмешательства несет индивидуальный характер ее осуществления у каждого пациента.

3.2.6. Пройти диагностику лечения не позднее 4 (Четырех) месяцев с момента заключения настоящего Договора

3.2.7. Во время действия настоящего Договора не использовать препараты, назначенные специалистами других стоматологических лечебных учреждений и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.8. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, при необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.9. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Пациент обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность, и расторгнуть Договор. При этом Пациент обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений.

3.2.10. Принять услуги, в соответствии с п. 2.4. настоящего Договора.

3.2.11. Соблюдать установленные Исполнителем Правила поведения в клинике, а также инструкции, установленные в Приложениях к настоящему договору.

3.2.12. Оплачивать медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором и Приложениями к нему.

3.2.13. Пациент обязуется приступить к прохождению медицинских услуг (лечения) не позднее 6 (шести) месяцев с даты полной оплаты услуг по соответствующему Приложению к настоящему Договору (дата оплаты подтверждается платежным документом). В случае неисполнения данного обязательства право Пациента на получение медицинских услуг по ценам, указанным в соответствующем Приложении к настоящему Договору, утрачивается. Исполнитель вправе предложить Пациенту оказание услуг по ценам, действующим на момент фактического начала лечения, без сохранения ранее оплаченных средств в качестве оплаты по старым тарифам. Неиспользованная предоплата в этом случае может быть зачтена в счет оплаты услуг по новым тарифам по усмотрению Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. По медицинским показаниям с предварительного согласия Пациента изменять план лечения, вид, объем, сроки оказания медицинских услуг.

3.3.2. При необходимости, направлять Пациента, с его согласия, в другие медицинские организации, в том числе, но не ограничиваясь, для консультаций и лечения у сторонних специалистов, для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату и по отдельному Договору с Пациентом. Такие дополнительные услуги не входят в состав услуг, являющихся предметом настоящего Договора, за оказание которых Исполнитель не несет ответственность.

3.3.3. Привлекать третьих лиц для исполнения настоящего Договора.

3.3.4. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, Исполнитель вправе по выбору Пациента: направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или осуществить запись на другой день приема к лечащему врачу. При необходимости оказания услуг в текущий момент, Пациент направляется к другому врачу соответствующего профиля.

3.3.5. Приостановить оказание услуг либо расторгнуть договор в случаях:

А) нарушения Пациентом обязанностей, инструкций, предписаний врача, соблюдение которых может снизить качество предоставляемых услуг;

Б) если у Пациента имеются противопоказания к медицинскому вмешательству;

В) если у Пациента выявлено заболевание или патологический процесс, при которых необходимо оказание услуг, отсутствующих в лицензии Исполнителя.

Г) нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных настоящим Договором, в том числе условий оплаты услуг.

Д) при иных нарушениях обязанностей Пациента по настоящему договору и в порядке действующего законодательства.

Такое расторжение договора может повлечь прекращение гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если указанные выше действия связаны с нарушением Пациентом условий настоящего договора, которые могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизить качество ранее оказанных услуг.

В этом случае, Пациент обязан оплатить Исполнителю все оказанные на дату расторжения Договора медицинские услуги, а также иные понесенные Исполнителем затраты по договору, в том числе, затраты на изготовление съемных конструкций (кап, брекетов) и иных приспособлений, если они еще не были оплачены.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья, а также в случае обнаружения факта несоблюдения Пациентом врачебных рекомендаций.

3.3.7. Отказаться от оказания медицинской услуги в случае неисполнения Пациентом обязанностей по оплате согласно настоящему Договору и приложениям к нему.

3.3.8. Менять лечащего врача на любом этапе лечения.

3.3.9. При намеренном затягивании Заказчиком процесса лечения (длительная неявка на прием свыше 12 месяцев с момента заключения настоящего Договора, нарушение п. 3.2.6. настоящего Договора), изменить стоимость оказываемых услуг по Договору в связи с изменением стоимости материалов и оборудования, используемых Исполнителем при оказании Услуг. При этом Исполнитель уведомляет Заказчика об этом не позднее, чем за 14 (Четырнадцать) календарных дней до даты изменения.

3.3.10. Изменить стоимость услуг (внести изменения в прайс-лист) в любое время в течение действия настоящего Договора без предварительного уведомления Заказчика, за исключением случаев, когда между Исполнителем и Заказчиком подписано соответствующее приложение к Договору с утвержденным перечнем и стоимостью услуг.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Отказаться от услуг Исполнителя посредством личного предоставления письменного отказа от лечения и выполнения условий п. 3.2.9. настоящего Договора.

3.5. Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники (представитель Исполнителя), выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность.

Пациент проинформирован, не возражает и согласен с тем, что коммуникация с ним в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передает информацию между Пациентом и лечащим врачом при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

4. Порядок оплаты

4.1. Пациент производит оплату медицинских услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт, а также путем безналичной оплаты на сайте Исполнителя. Условия оплаты могут быть изменены Сторонами путем подписания Дополнительного соглашения, предусматривающего иной порядок оплаты.

4.2. За каждый день просрочки оплаты оказанных медицинских услуг Пациент по требованию Исполнителя оплачивает пени в размере 0,2% от стоимости неоплаченных медицинских услуг за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

4.3. На выполнение отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении настоящего Договора затруднительно, Исполнителем может быть составлена твердая или приблизительная смета. В таком случае смета на оказание услуг согласовывается с Заказчиком и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом обязательств по оплате услуг либо при наличии обстоятельств, очевидно свидетельствующих о том, что такое исполнение не будет произведено в установленный соответствующим Приложением срок, Исполнитель вправе приостановить исполнение своего обязательства или отказаться от исполнения этого обязательства и потребовать возмещения убытков в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Исполнитель не несет ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения в связи:

- с нарушением врачебных рекомендаций режима лечения, положений Договора и приложений к нему;
- с возникновением предполагаемых осложнений;
- при ненаступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;
- предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на ход лечения.

5.4. Возможные осложнения и/или побочные эффекты медицинских процедур и/или манипуляций, и/или вмешательств, проведенных в рамках оказания услуг по настоящему Договору, в том числе применяемых лекарственных препаратов или медицинских изделий, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, вероятность которых не может быть полностью или частично исключена, не являются недостатками качества или безопасности услуг по настоящему Договору.

5.5. Претензии по недостаткам оказанных услуг принимаются Исполнителем в процессе их оказания в период действия настоящего Договора, так как гарантийный срок на медицинские услуги действующим законодательством не предусмотрен.

5.6. Претензии и запросы могут быть направлены Исполнителю по адресу: 127055, г. Москва, ул. Палиха, дом № 10, строение 9, либо при личном обращении с документом, удостоверяющим его личность. В случае направления претензии в адрес Исполнителя,

Исполнитель обязуется дать ответ Заказчику (Потребителю) в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения такого обращения.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического, функционального и косметического результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг путем оценки результатов на Врачебной комиссии Исполнителя при участии Пациента. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Пациент может направить претензию, составленную в свободной форме, любым удобным способом в соответствии с реквизитами Исполнителя, указанными в разделе 12 настоящего Договора.

6.2. Спор, возникший между Пациентом (Заказчиком) и Клиникой (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения их в ходе обоюдного согласия.

7. Прочие условия

7.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования, и о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент согласен получать медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Сан Смайл» на платной основе.

7.2. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. Копии медицинских документов предоставляются Пациенту в порядке действующего законодательства.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Сан Смайл» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и сообщений в мессенджерах социальных сетей. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинских услуг, в том числе по ОМС (договором ДМС), при оказании медицинских услуг на платной основе и др.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

7.7. Пациент подтверждает, что письменно уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в обозначенный (примерный) срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

7.8. Стороны пришли к соглашению о конфиденциальном характере содержания настоящего договора, сопутствующих документов и материалов, интеллектуального плана лечения, в том числе, фотографий, графических изображений, иллюстраций и иной информации, полученной в результате интеллектуальной деятельности Исполнителя по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Исполнителя и/или иных Правообладателей и охраняются законом.

Использование данных объектов возможно только в рамках исполнения настоящего договора. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части не могут быть использованы никаким другим образом без согласия Правообладателя, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Под неправомерным использованием понимается: любое использование, по основаниям, не связанным с абзацем 2 настоящего пункта, без согласия Правообладателя посредством копирования, воспроизведения, переработки, распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора, в любой возможной форме: устной, письменной или иной, в том числе, с использованием технических, электронных, цифровых и иных средств. В указанных случаях Исполнитель имеет право на защиту интеллектуальных прав в соответствии с действующим законодательством.

8. Гарантийные сроки, установленные Исполнителем на овеществленные результаты услуг

Гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются Исполнителем исключительно на указанные ниже услуги, имеющие овеественный результат:

На несъемные постоянные ортопедические конструкции – 1 год.

На все виды съемных протезов – 1 год.

На пломбы и реставрации из композитного материала - 1 год

На съёмные ортодонтические аппараты - 1 месяц

На съемные ортодонтические конструкции (капы: шаговые, ретенционные и силовые) при их получении на приеме у врача - 5 дней

На съемные ортодонтические конструкции (ретенционные капы) при их получении не на приеме у врача – гарантия не установлена.

На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели.

На временные пломбы – 7 дней.

На фиксацию брекет-систем, кнопок, аттачментов и несъемного ретейнера – 3 дня.

Гарантийные обязательства на все овеественные виды услуг возникают с момента их оказания и полностью утрачиваются при нарушении Пациентом условий настоящего Договора.

Гарантийные сроки и сроки службы (гарантия) устанавливаются только на те случаи, когда дефект возник не по вине самого Пациента.

Гарантия устанавливается при соблюдении Пациентом гигиены полости рта, посещением им регулярных осмотров не реже, чем 1 раз в 3 - 6 (Три - Шесть) месяцев.

Перечень гарантийных случаев:

- разрушение краевого прилегания пломбы к зубу;
- изменения цвета материала по наружной границе пломбы;
- вторичный кариес из-за установки пломбы;
- утрата пломбировочного вещества из-за выпадения;
- пломба на грани выпадения;
- откол небольшого участка от коронки/протеза
- отклейка брекета/кнопки/аттачмента
- поломка/трещина капы.

Требования к пациенту для соблюдения гарантийных сроков и обязательств:

- отсутствие заболеваний или особых состояний, которые могли негативно повлиять на результаты лечения (например, беременность или недомогание, связанное с изменением гормонального фона, возникшие проблемы с ЖКТ, болезни лор-органов, длительный прием лекарств, остеопороз, новообразования).
- невмешательство сторонних врачей.
- отсутствие каких-либо травм, непредвиденных ситуаций, повлиявших на состояние зубного ряда, пломбировочный материал.
- отсутствие существенных повреждений пломбы/коронки более 50 %.

На профессиональную гигиену, отбеливание, эндодонтическое лечение хирургические манипуляции и прочие неовеществленные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств по договору (окончание лечения Исполнителем, полная оплата оказанных услуг Заказчиком).

9.2. Изменение или расторжение настоящего Договора возможно по соглашению сторон, которое оформляется в той же форме, что и Договор: Заказчик (Пациент) обязан лично письменно уведомить об этом Исполнителя, предъявив документ, подтверждающий его личность. Расторжение договора осуществляется путем направления письменного предложения о расторжении Договора, а также по инициативе Исполнителя или Пациента, в соответствии с условиями настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд, согласно законодательству РФ.

9.3. Изменения в План лечения или перечень оказываемых услуг, содержащихся в соответствующем Приложении к Договору, подписанном обеими Сторонами, возможны по согласованию сторон, которые оформляются в письменной форме.

9.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

10. Обстоятельства непреодолимой силы

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, возникших помимо воли и желания Сторон и которые нельзя было предвидеть или избежать, включая объявленную или фактическую войну, гражданские волнения, эпидемии, блокаду, эмбарго, землетрясения, наводнения, пожары и другие стихийные бедствия, запретительные или иные меры государственных органов, приведшие к невозможности выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору.

10.2. В случае возникновения указанных в настоящей статье обстоятельств, сторона, подвергшаяся таким обстоятельствам, обязана в течение 15-ти дней письменно уведомить о возникновении таких обстоятельств другую сторону.

10.3. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, исполнение обязательств переносится на период действия таких обстоятельств и их последствий.

10.4. Стороны могут согласовать возможность продолжения действия договора либо изменения способов его исполнения, либо расторжения Договора. Достигнутые соглашения оформляются в той же форме, что и Договор.

11. Порядок и условия выдачи медицинских документов (их копий)

11.1. Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них Пациент либо его законный представитель представляет запрос о выдаче медицинских документов (их копий) и/или выписок из них на бумажном

носителе (далее по тексту - Запрос) при личном обращении или по почте по адресу: 127055, Москва, ул. Палиха, д.10, стр.9, который составляется в свободной форме и содержит:

11.1.1. сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

11.1.2. в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;

11.1.3. наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

11.1.4. сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте.

11.1.5. дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

11.2. В случае направления запроса Пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты, Пациенту либо его законному представителю выдается копия медицинской карты или выписка из нее, за исключением случаев формирования медицинской карты в форме электронного документа.

11.3. При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

11.4. К медицинским документам (их копиям) и выпискам из них могут прилагаться аналоговые изображения (рентгенограммы, флюорограммы, фото-, киноизображения, микрофиши) или цифровые изображения на цифровых носителях (магнитных лентах, CD- и DVD-дисках, магнитно-оптических дисках) (за исключением медицинских документов в форме электронного документа), в случае указания на необходимость их предоставления в Запросе, и при условии наличия в медицинских организациях соответствующих архивных данных.

11.5. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации Запроса составляет 30 дней.

12.Реквизиты сторон:

Исполнитель:

<ОРГАНИЗАЦИЯ_НАЗВАНИЕ_ОРГАНИЗАЦИИ>

<ОРГАНИЗАЦИЯ_ЮРИДИЧЕСКИЙ_АДРЕС>

ОГРН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ОГРН>

ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ_ИНН>

КПП <ОРГАНИЗАЦИЯ_КПП>

р/сч 40702810038000003238 в ПАО

«Сбербанк РОССИИ»

БИК 044525225

К/сч 30101810400000000225

e-mail: <ОРГАНИЗАЦИЯ_ЕМЕЙЛ>

Тел. <ОРГАНИЗАЦИЯ_ТЕЛЕФОН>

Сайт: <https://eurokappa.moscow/>

/А.Ф. Загидуллова

Пациент:

ФИО: <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>

Паспорт: <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>

Кем выдан: <ПАСПОРТ_ВЫДАН>

Дата выдачи: <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>

Адрес: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

e-mail: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

<ПАЦИЕНТ_ФИО>✓

г. Москва

<ДАТА>

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, именуемый(ая) далее «**Пациент**», с одной стороны, и
ООО «Сан Смайл», в лице Генерального директора АО УК «ЕК КЛИНИКА» Загидулловой Альбины Фаридовны,
действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», далее совместно именуемые
«**Стороны**», согласовали следующее:

1. Порядок оказания услуг

- 1.1. Стороны могут согласовать оказание дополнительных услуг.
- 1.2. Период проведения лечения зависит от состояния здоровья Пациента, тяжести заболевания, индивидуальных биологических и физиологических особенностей Пациента, выполнения Пациентом предписаний врача, условий прохождения лечения, содержащихся в настоящем договоре, приложениях и сопутствующих документах.

2. Инструкции, выполнение которых необходимо для качественного оказания услуг

- 2.1. Исполнитель не несет ответственности за ход лечения и неблагоприятный исход лечения при несоблюдении Пациентом положений настоящего Приложения.
- 2.2. Исполнитель информирует о том, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, соответственно Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может точно прогнозировать реакцию каждого конкретного пациента на лечение.
- 2.3. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг и вступает в силу со дня подписания его Сторонами, действует в течение всего срока лечения Пациента и оформляется в двух экземплярах.

Исполнитель А.Ф. Загидуллова _____

Пациент <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> /✓ _____

ПРАВИЛА ПОВЕДЕНИЯ И ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ В ООО «САН СМАЙЛ»

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила поведения и приема пациентов (далее по тексту – «Правила») в ООО «Сан Смайл» (далее по тексту – «Клиника») несут в себе правовую и организационную информацию и определяют нормы поведения пациентов при получении медицинских услуг, а также условия ожидания медицинских услуг.

2. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

2.1. В целях обеспечения непрерывного ортодонтического лечения и оказания своевременной медицинской помощи всем Пациентам, ООО «Сан Смайл», являясь профильной ортодонтической Клиникой, организует командную работу врачей-ортодонтотв для эффективного ортодонтического лечения, что позволяет осуществлять как плановые, так и внеплановые приемы Пациентов. Приемы пациентов в Клинике осуществляют врачи-ортодонты, принимающие в соответствующую выбранному времени приема Пациентом, смену. Информацию о времени приема врачей всех специальностей в целях выбора оптимальных условий для записи, в том числе возможно получить на ресепшен в устной форме или по телефонам Клиники.

Клиника вправе менять лечащего врача, в том числе в целях обеспечения непрерывного лечения и оказания услуг в удобное для Пациентов время.

3. Прием Пациента по записи

В связи с плотностью расписания врачей, опоздание Пациента на прием более чем на 15 минут расценивается как неявка Пациента. Пациенту необходимо явиться в Клинику за 10 минут до назначенного времени. Данное время может потребоваться для регистрационных действий и оформления документов.

4. Публикация негативных отзывов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» может повлечь за собой гражданскую, административную и/или уголовную ответственность. Пациент проинформирован о категориях информации, не являющейся свободно распространяемой, в связи с чем, обязуется:

4.1. Не допускать публикации в общедоступных источниках, в том числе в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», информации, связанной с лечением, которая является интеллектуальной собственностью Клиники. Пациент обязуется не нарушать исключительных прав Клиники и иных правообладателей при использовании объектов интеллектуальной собственности. К таким объектам относятся, с том числе, но не ограничиваясь, следующие сведения:

- интеллектуальный план лечения;
- фотографии, графические изображения, иллюстрации, связанные с Планом лечения и трехмерным компьютерным моделированием будущего результата ортодонтического лечения;
- любая информация, полученная в результате интеллектуальной деятельности Клиники по осуществлению диагностики, лечения, профилактики и других действий в рамках исполнения договора.

4.1.2. Указанные объекты являются объектами интеллектуальных прав Клиники и/или иных правообладателей и охраняются законом. Объекты интеллектуальных прав и/или их составные части могут быть использованы в целях исполнения договора оказания медицинских услуг и лечения Пациента.

4.1.3. Под неправомерным использованием понимается: любое использование по основаниям, не связанным с пунктом 4.1.2. Правил, без согласия Правообладателя, посредством копирования, воспроизведения, публикации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», распространения третьим лицам, за исключением лиц, которые принимают участие в исполнении договора и лечении. В указанных случаях Клиника имеет право предъявить требования в соответствии с действующим законодательством¹.

4.2. Не допускать распространения в том числе, в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», конфиденциальной информации, перечень которой обозначен в договоре оказания медицинских услуг. К такой информации относятся: содержание договора оказания медицинских услуг, сопутствующих документов и материалов, интеллектуальный план лечения, фотографии и изображения, выполненные в результате трехмерного компьютерного моделирования будущего результата ортодонтического лечения. Предоставление или распространение данной информации возможно только в целях лечения Пациента и иных, установленных законом целях.

4.3. Не распространять персональные данные медицинских работников и других сотрудников Клиники, а также не допускать доступ неограниченного круга лиц к указанным персональным данным, в том числе не осуществлять публикаций в общедоступных источниках, что является нарушением Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Такие нарушения могут выражаться в публикациях на доступных ресурсах, интернет-сайтах любой информации, связанной с определенными сотрудниками Клиники.

Обязанность предоставить доказательства законности распространения или иной обработки таких персональных данных лежит на каждом лице, осуществившем их распространение (ст. 10.1 152-ФЗ «О персональных данных»). За незаконное распространение персональных данных без согласия субъекта персональных данных предусмотрена ответственность.

¹ Защита исключительных прав на результаты интеллектуальной деятельности и на средства индивидуализации осуществляется, в частности, путем предъявления требования: о возмещении убытков - к лицу, неправомерно использовавшему результат интеллектуальной деятельности или средство индивидуализации; о пресечении действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения, - к лицу, совершающему такие действия или осуществляющему необходимые приготовления к ним, а также к иным лицам, которые могут пресечь такие действия.

5. Заказчик (Пациент) обязан:

- 5.1. Проявлять уважение к сотрудникам клиники.
- 5.2. Не допускать действий, направленных на причинение вреда жизни и здоровью сотрудников и посетителей, либо имитирующих эти действия.
- 5.3. Недопустимо хамить, повышать голос, использовать нецензурную лексику, оскорблять или угрожать кому-либо из сотрудников клиники. В противном случае Клиника вправе отказать Пациенту в приеме.
- 5.4. Недопустимо посещать клинику в алкогольном, наркотическом и ином опьянении.
- 5.5. Отмена визита со стороны пациента менее чем за 24 часа или неявка на прием после подтверждения является существенной потерей для клиники в связи с невозможностью передать это время другому пациенту. В этом случае клиника вправе отказать в дальнейшей записи к врачу.
- 5.6. Перед визитом к врачу следует почистить зубы и удалить остатки пищи из полости рта. Пациент всегда может воспользоваться одноразовыми зубными щетками с уже нанесенной на них зубной пастой или ополаскивателем на территории НКЦ.

6. Участие в акции «Приведи друга»

В том случае, если Пациент, проходящий или завершивший лечение в ООО «Сан Смайл», приведет в ООО «Сан Смайл» нового Пациента, заключившего договор оказания платных медицинских услуг по его рекомендации («Друга»), Пациент имеет право получить денежное вознаграждение за каждого нового пациента («Друга»), которого привел впервые в клинику.

Пациенту («Другу») при первом визите в клинику необходимо указать, что обращение идёт от пациента, прошедшего лечение или проходящего лечение в данный момент.

Для этого необходимо указать полное ФИО пациента, который порекомендовал «Другу» прийти в клинику.

Эти данные фиксируются в личном деле «Друга».

В случае, если при первом визите данные о пациенте указаны не будут, то вознаграждение пациенту выплачено не будет.

Вознаграждение Пациенту выплачивается после фиксации оборудования в полости рта «Друга».

По чьей рекомендации Вы пришли (ФИО полностью)

С настоящими правилами ознакомлен(а)

Обязуюсь исполнять

<ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ> / ✓

(подпись)

«<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

**Информированное добровольное согласие на
первичный осмотр и консультацию**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) <ДАТА_РОЖДЕНИЯ>
г. рождения, зарегистрированный по адресу:
<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ> (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические исследования, в целях установления максимально точного диагноза и назначения плана лечения в ООО «Сан Смайл».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы осмотра полости рта, манипуляций и исследований, включая рентгенологические исследования, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что при первичной консультации (первичном осмотре) лечащего врача может присутствовать координатор Клиники, выполняющий организационные и информационно-коммуникационные функции и не осуществляющий медицинскую деятельность. Я не возражаю против присутствия координатора.

Мне разъяснено и понятно, что коммуникация со мной в процессе лечения, в том числе вне Клиники, может осуществляться через координатора, который передаёт информацию между мной и лечащим врачом. Я даю согласие на передачу координатору сведений, необходимых для организации оказания медицинской помощи, при условии соблюдения требований конфиденциальности и врачебной тайны.

Мне известно, что медицинские рекомендации, разъяснения диагноза, плана лечения, рисков и альтернативных вариантов лечения мне предоставляет лечащий врач; координатор не заменяет консультацию врача и не вправе изменять назначенное лечение.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от осмотра полости рта, манипуляций и исследования, включая рентгенологические исследования.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы касательно предстоящей медицинской услуги и получил всю интересующую меня информацию.

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

<<ДАТА_Д>> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.
(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (ая) _____,
(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия _____ номер _____

Выдан _____

(кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу: _____,

адрес регистрации: _____

телефон: _____ электронная почта: _____

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ООО «Сан Смайл» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических, социальных, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы _____, включение в списки (реестры) и отчетные
(при наличии указать)

формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты, федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами, обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам (заполняется по желанию):

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.

_____ (_____)

«_____» _____ года

ООО «Сан Смайл»
127055, г. Москва, ул. Палиха, д. 10, строение 9
ОГРН 1147746843837
ИНН 7707839805 КПП 70701001
Р/с: 40702810038000003238
К/с: 30101810400000000225
ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225

от <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>
(Ф.И.О. пациента)
адрес: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
телефон: <ПАЦИЕНТ ТЕЛЕФОН>
адрес электронной почты: <ПАЦИЕНТ_ЕМЕЙЛ>

**Согласие
на получение рекламной информации**
(в том числе в форме рекламной рассылки)

Настоящим я, в соответствии с ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» свободно, своей волей и в своем интересе даю свое согласие ООО «Сан Смайл» (НКЦ Еврокаппа) на направление мне информационных/рекламно-информационных рассылок об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», на получение по сетям электросвязи, а именно: телефонной, подвижной радиотелефонной связи, посредством электронной почты, рекламной информации (в том числе в форме рекламной рассылки):

Отметить галочкой при согласии	Вид направляемой информации
	Sms-Рассылки, е-мейл рассылки и рассылки в социальных мессенджерах
	Участие в бонусных программе лояльности

2. Настоящим я гарантирую достоверность предоставленных мною контактных данных и, что указанные мною при заполнении настоящего согласия номер телефона, адрес электронной почты, принадлежат мне. В случае прекращения использования мною номера телефона или адреса электронной почты, я обязуюсь незамедлительно проинформировать об этом ООО «Сан Смайл». Указывая номер телефона и/или адрес электронной почты в настоящем согласии, принадлежащий третьему лицу, я гарантирую, что получил согласие от указанного третьего лица на обработку его персональных данных и на получение рекламных рассылок от ООО «Сан Смайл» в соответствии с настоящим Согласием и гарантирую предоставление такого согласия по его запросу.

3. Настоящим я даю согласие ООО «Сан Смайл» на передачу предоставленных мною персональных данных – фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты, третьим лицам в целях осуществления деятельности по направлению мне сообщений рекламного и иного информационного характера об услугах и деятельности ООО «Сан Смайл», а также (в обезличенном виде) в маркетинговых, статистических и иных научных целях. Такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия. Право выбора компаний, осуществляющих рассылку, предоставляется ООО «Сан Смайл» без дополнительного согласования.

4. Я уведомлен о том, что в любой момент в течение всего срока действия настоящего согласия, я вправе отписаться от получения рассылок путем перехода по специальной ссылке «Отписаться от рассылки» в рассылаемых письмах или путем направления соответствующего запроса на электронную почту info@eurokappa.ru.

5. Я уведомлен о том, что в любой момент согласие также может быть отозвано мной или моим представителем путем направления письменного заявления (с указанием своей фамилии, имени, отчества (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты, которые я сообщил) ООО «Сан Смайл» по его юридическому адресу.

6. Согласие действует всё время до прекращения рассылки рекламно-информационных сообщений или до дня отзыва настоящего Согласия в соответствии с пунктами 4 и 5 настоящего Согласия.

7. В случае отзыва субъектом персональных данных или его представителем Согласия на обработку персональных данных, ООО «Сан Смайл» вправе продолжить обработку без разрешения субъекта персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 — 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

Адресат (пациент)

_____/_____(Ф.И.О.)
(подпись)

<<ДАТА_Д>> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.