**УВЕДОМЛЕНИЕ**

*Настоящим я,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{ФамилияИмяОтчество}*

*подтверждаю, что до заключения договора на возмездное оказание медицинских услуг уведомлен(а) о том, что*

*несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги,  повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии  здоровья; ознакомился(лась) с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами; ознакомился(лась) с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами поведения пациентов и посетителей, размещенных на информационных стендах Исполнителя; Положением, устанавливающим гарантийные сроки и сроки службы на овеществленные результаты медицинских услуг, предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.*

*Я также информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи - соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

*Я информирован(а) о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.*

*Заключая настоящий Договор, я добровольно соглашаюсь на предоставление мне медицинских услуг на платной основе.*

*С уведомлением ознакомлен(а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФамилияИмяОтчество)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)*

**ДОГОВОР № {НомерКарты}**

**возмездного оказания медицинских услуг**

г. Екатеринбург {ТекущаяДатаПолная} г.

ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС КЕЛЛЕР ЕКАТЕРИНБУРГ 2" (лист записи о внесении сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц от 14.09.20 г., № 12266000580573, выданный Инспекция Федеральной налоговой службы по Верх-Исетскому району г.Екатеринбурга), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) № 1226600058057, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 6658556990, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: 620086, Россия, Свердловская область, г.о. город Екатеринбург, г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 66, офис Е, юридический адрес: 620086, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г.О. ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ, Г ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛ МОСКОВСКАЯ, Д. 66, ОФИС Е, лицензия № Л041-01021-66/00634252 от 28.12.2022 года (Министерство здравоохранения Свердловской области,  620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел.: 8 (343) 312-00-03) бессрочно на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование должности), действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , с одной стороны,

и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) , паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование органа, выдавшего паспорт), дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г., код подразделения \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент» и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем «Плательщик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( наименование должности и ФИО), действующий на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( заполняется в случае, если Плательщик юридическое лицо)

гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) , паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать наименование органа, выдавшего паспорт), дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г., код подразделения \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Плательщик» (заполняется в случае, если Плательщик физическое лицо),

далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Пациент – принять предоставленные Услуги, а «Плательщик» - оплатить их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим Договором. В рамках настоящего Договора оказываются следующие виды услуг: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

**2. Перечень, условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.**

2.1. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями, после предварительного опроса и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента, составляет и согласовывает с Пациентом предварительный план (предварительные планы)/ план (планы) лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.3. Перечень Услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, согласовывается и подписывается Сторонами в плане лечения и иных Приложениях к настоящему Договору. При необходимости исключения либо проведения дополнительных медицинских вмешательств по соглашению с Пациентом согласовывается и подписывается новый план лечения, а также иные Приложениях к настоящему Договору.

2.4. Срок предоставления медицинских услуг определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. Медицинские услуги оказываются:

- по записи в день обращения, исходя из конкретной клинической ситуации Пациента и с учетом материально-технической базы Исполнителя, загруженности приёма врача;

- диагностические медицинские услуги, оперативные вмешательства – по записи в день обращения;

- для курсовых работ – в день обращения по мере записи на прием к врачу с учетом согласованного с Пациентом плана лечения;

Сроки предоставления конкретных Услуг зависят от состояния здоровья Пациента, графика визитов Пациента, расписания работы врача, периода, необходимого для изготовления медицинских конструкций (ортодонтических, ортопедических и т.п.), и согласовываются Пациентом и Исполнителем в плане(нах) лечения.

2.5. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с [порядками](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&date=07.07.2023&dst=100003&field=134) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе [клинических рекомендаций;](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&date=07.07.2023&dst=100123&field=134)

г) с учетом [стандартов](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&date=07.07.2023&dst=100005&field=134) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации

**3. Обязанности и права Сторон.**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Предоставлять Услуги, качество которых должно соответствовать настоящему Договору и требованиям законодательства Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить соответствие Услуг порядкам, стандартам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Пациента при отказе от получения Услуг, уведомив последнего о последствиях.

3.1.4. Предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм Пациента медицинское изделие.

3.1.5. Своевременно информировать Пациента о том, что его указания о способе выполнения работы (оказания Услуги) и иные зависящие от Пациента обстоятельства могут повлиять на качество выполняемой работы (оказываемой Услуги) или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

3.1.6. В соответствии с Федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.3.1.7.С учетом наличия в тексте договора необходимой информации, предоставлять Пациенту следующую бесплатную, доступную и достоверную информацию:

- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях;

- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- образцы договоров;

- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления руководителем Исполнителя;

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- по требованию Пациента выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.1.8. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Пациента.

**3.2. Пациент обязан:**

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, в том числе: соблюдать Правила поведения пациентов, действующие в клинике, выполнять рекомендации, предписания и назначения лечащего врача и иных медицинских работников клиники, участвующих в предоставлении Услуг, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.3. При отсутствии возражений подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, планы лечения, акты сдачи-приемки оказанных услуг, и иные документы, связанные с предоставлением Услуг по настоящему Договору.

3.2.4. Правдиво и полно в течение срока оказания Услуг предоставлять Исполнителю всю информацию о состоянии здоровья (в том числе о полученных Пациентом травмах, принимаемых лекарственных препаратах, аллергиях, психических расстройствах, лечении в других медицинских учреждениях, заболеваниях и т.п.).

**3.3. Плательщик обязан:**

3.3.1. Оплачивать Услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

**3.4. Исполнитель имеет право:**

3.4.1. Изменять по согласованию с Пациентом предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость диагностики и лечения по медицинским показаниям, экономическим, технологическим причинам.

3.4.2. Направлять Пациента с его согласия за дополнительную плату в медицинские организации и/или привлекать для консультаций и проведения дополнительных исследований специалистов других медицинских организаций. Пациент вправе отказаться от консультаций и/или проведения дополнительных исследований.

3.4.3. Установить гарантийные сроки и сроки службы на овеществлённые результаты предоставленных Услуг.

3.4.4. В случае отсутствия (болезнь, командировка, отпуск и т.п.) лечащего врача в день приема Исполнитель вправе с его согласия направить Пациента к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания Услуг.

3.4.5. Отложить выполнение плановых медицинских манипуляций и процедур в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний со стороны полости рта и/или по общему состоянию здоровья. При этом сроки предоставления Услуг увеличиваются, что не считается нарушением условий Договора.

**3.5. Пациент имеет право:**

3.5.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о ходе и результатах проводимого лечения, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.5.2. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" получать без взимания отдельной платы после исполнения договора копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в сроки, установленные действующим законодательством РФ.

3.5.3. На получение отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.5.4. Расторгнуть настоящий Договор посредством предоставления письменного отказа от Услуг в порядке, установленном Договором.

3.6. Пациент подтверждает, что уведомлен и согласен с тем, что оригинал медицинской карты и результатов исследований (рентгенограмм, слепков, диагностических моделей и пр.) подлежат хранению в Клинике в течение установленных законодательством сроков Пациент вправе ознакомиться с медицинскими документами в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**4. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.**

4.1. Стоимость Услуг определяется на основании согласованного(ных) Сторонами плана(ов) лечения в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания Услуг.

4.2. Если оплата Услуг производится в наличной форме, Плательщику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг.

4.3. Плательщик на основании своего волеизъявления вправе оплатить медицинские услуги, оказываемые Пациенту, по настоящему Договору в следующем порядке:

4.3.1. При лечении и удалении зубов, при проведении хирургических операций, гигиенических манипуляций расчет производится по окончании каждого посещения.

4.3.2. При проведении ортопедического лечения предусмотрена поэтапная оплата: 30 (тридцать)% стоимости лечения оплачивается до начала оказания услуг, оставшаяся сумма оплачивается не позднее дня установки ортопедической конструкции в полость рта.

4.3.3. При проведении обширных оперативных вмешательств, операций по установке имплантатов возможна поэтапная оплата: 50 (пятьдесят)% стоимости лечения оплачивается до начала оказания услуг, оставшаяся сумма оплачивается не позднее дня проведения операции.

4.3.4. При проведении ортодонтического лечения возможна поэтапная оплата: 50% стоимости изготовления и установки ортодонтической конструкции оплачивается на этапе подготовки полости рта к ортодонтическому лечению, оставшаяся сумма оплачивается не позднее дня установки ортодонтической конструкции. Оплата за проведение корректировок конструкции и иных ортодонтических вмешательств производится в день их проведения, после оказания услуг.4.3.5. В случае, если Пациент на основании своего добровольного желания выразит намерение оплатить в порядке предоплаты медицинские услуги в размере 100 %, Исполнитель обязан принять денежные средства в наличной или безналичной форме способами, не противоречащими действующему законодательству РФ.

В противном случае оплата за оказанные услуги производится по завершении оказания услуг, в день после подписания акта оказанных услуг.

4.4. Обязанность Плательщика по оплате Услуг считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.

4.5. При досрочном расторжении Договора по инициативе Пациента (отказе Пациента от получения Услуг) Исполнитель возвращает Плательщику полученные от него денежные средства за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с предоставлением Услуг по настоящему Договору. Под расходами Исполнителя в настоящем Договоре Стороны понимают фактически понесенные Исполнителем затраты, связанные с предоставлением платных медицинских услуг Пациенту, в том числе (но не ограничиваясь): затраты на оплату труда работников Исполнителя, закупку материалов (брекет-систем, адгезивов и пр.), услуги лаборатории по изготовлению элайнеров, использование оборудования, накладные расходы, а также затраты Исполнителя на оплату работ и услуг третьих лиц в целях оказания Услуг Пациенту (включая консультации, изготовление слепков, снимков, моделей, коронок, и т.п.). Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем по завершении надлежащего оформления документов о прекращении действия настоящего Договора.

4.6. По окончании оказания Пациенту медицинских услуг Исполнитель предоставляет Пациенту Акт оказанных медицинских услуг, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (Форма акта оказанных услуг - Приложение № 1 к настоящему Договору). Пациент, при отсутствии возражений со своей стороны к объёму, видам, стоимости оказанных медицинских услуг, обязан подписать оба экземпляра и один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта оказанных медицинских услуг или мотивированного отказа от подписания Акта и предоставить его Исполнителю. Оба экземпляра Акта оказанных медицинских услуг, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта оказанных медицинских услуг и подлежат оплате в полном объеме.

**5. Ответственность Сторон за невыполнение условий Договора.**

5.1. Стороны несут ответственность за невыполнение условий настоящего Договора в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**6. Порядок изменения и расторжения настоящего Договора. Порядок разрешения споров**.

6.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Пациента в случае отказа Пациента от получения Услуг, в том числе в связи с несогласием Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, сроками и/или методами лечения и/или внесенными изменениями по медицинским показаниям Исполнителем в план лечения.

6.2. Изменение условий настоящего Договора и расторжение Договора возможно по соглашению Сторон - путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

6.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в следующих случаях: если у Исполнителя отсутствует возможность предоставить Услуги (отсутствует необходимое оборудование, персонал, законные основания для предоставления Услуг и т.п.); у Пациента имеются медицинские противопоказания, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

6.4. Все споры, разногласия и требования, возникающие из настоящего Договора или прямо, или косвенно связанные с ним, в том числе касающиеся его заключения, изменения, исполнения, нарушения, расторжения, прекращения, одностороннего отказа, причинения вреда, а также иных внедоговорных обязательств, возникших в связи с настоящим Договором и/или его исполнением/неисполнением, разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

6.5. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя [Законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&date=07.07.2023) Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

**7. Заверения и гарантии**.

7.1. Исполнитель вправе использовать и обнародовать изображения Пациента - фотографии полости рта и нижней трети лица в публикуемых Исполнителем научно-медицинских исследованиях, в докладах, выступлениях, печатных изданиях, материалах для обучения и повышения квалификации медицинских работников, а также в рекламных, информационных и иных материалах, размещаемых в помещениях клиники Исполнителя и в сети «Интернет» без выплаты Пациенту вознаграждения. Настоящее согласие распространяется на все фотоснимки, сделанные работниками Исполнителя в период предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору. Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения Пациента, поименованные в настоящем пункте, целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. Полученные Исполнителем фотоматериалы в силу невозможности идентификации Пациента по снимкам полости рта и части лица могут и не будут использоваться для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись не ставится в случае отказа Пациента от п.7.1. настоящего Договора).

7.2. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что уведомлен и согласен с тем, что в ходе оказания Услуг может выполняться фотосъемка ротовой полости с целью фиксации результатов Услуг, а также в целях контроля качества оказанных медицинских услуг.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения.

**8. Качество оказываемых услуг. Гарантийные сроки и сроки службы на овеществленные результаты Услуг.**

8.1. Качество Услуг должно соответствовать требованиям, указанным в настоящем Договоре, Приложениях к Договору, стандартах, порядках, протоколах лечения, клинических рекомендациях, применяемых Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также локальных нормативных актах, утвержденных Исполнителем.

8.2. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов Услуг Исполнителя содержится в Положении о гарантийных обязательствах при предоставлении платных медицинских услуг, утвержденном Исполнителем, а также иных документах, утвержденных Исполнителем.

**9. Прочие условия.**

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует в течение 5 (Пяти) лет, а в части исполнения обязательств до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору с учетом сроков, определенных в согласованных Сторонами планах лечения.

9.2. В случае, если за 15 (пятнадцать) календарных дней до даты окончания срока действия настоящего договора, Пациент не изъявит желание о прекращении его действия, договор продлевается на каждый последующий год без ограничения количества пролонгаций.

9.3. Настоящий Договор подписан уполномоченными представителями Сторон в двух идентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

9.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

9.5. Стороны обязуются письменно извещать друг друга о смене реквизитов, адресов и иных существенных изменениях.

9.6. Настоящий Договор составлен и подписан в двух оригинальных экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9.7. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9.8. Неотъемлемой частью настоящего Договора является приложение:

- Форма [Акт](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=PAP&n=93341&date=24.10.2023)а об оказании платных медицинских услуг (Приложение N 1).

9.9. «Я согласен(а) на получение кассовых чеков о лечении в электронной форме. Прошу отправлять мне кассовые чеки (нужное подчеркнуть): - путем смс по номеру телефона, указанного в реквизитах сторон, либо по адресу электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. Реквизиты и подписи Сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**  ООО "СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС КЕЛЛЕР ЕКАТЕРИНБУРГ 2"  Юридический адрес: 620086, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ, Г.О. ГОРОД ЕКАТЕРИНБУРГ, Г ЕКАТЕРИНБУРГ, УЛ МОСКОВСКАЯ, Д. 66, ОФИС Е  ИНН 6658556990 / КПП 665801001  ОГРН 1226600058057  Р/с 40702810616540082717  в Уральский банк ПАО «Сбербанк»  БИК 046577674  к/с: 301018105000000674  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Пациент**  Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Иной адрес для направления почтовых отправлений \_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( указать наименование органа, выдавшего паспорт), дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г., код подразделения \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_,  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пациент**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)** | **Плательщик**  ИНН:  КПП:  ОГРН:  ОКПО:  Расчетный счет:  Банк:  БИК:  Корр. счет:  ОКВЭД  Юридический адрес:  Телефон: +  Телефон/факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Один экземпляр договора Пациентом получен

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.