

Уведомление

До заключения договора на предоставление платных медицинских услуг ООО «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ» уведомляет _____ о том что:

(Ф.И.О. Потребителя/Заказчика)

- граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- за несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может быть снижено качество предоставляемой платной медицинской услуги, что может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

- имеется возможность получения 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;

- информация о положениях, порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи, клинических рекомендациях применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, размещена на стенде регистратуры, по адресу предоставления платных медицинских услуг: Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Севастопольская, д. 17, помещение 2. С порядками, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, можно ознакомиться перейдя по ссылке на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций (https://cr.minzdrav.gov.ru/clin_recomend).

- медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения РФ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ;

- возможно осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, на что Заказчик/Потребитель дает свое согласие по конкретным платным медицинским услугам, указанным в дополнительном плане лечения;

Я, _____ желаю заключить на возмездной основе договор на предоставление платных медицинских услуг с ООО «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ». С информацией, указанной в настоящем уведомлении, в том числе с перечнем платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях; правилами поведения пациента в медицинских организациях; сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг; с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; образцом договора на предоставление платных медицинских услуг; с перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот; с порядком оказания медицинской помощи; медицинском работнике, отвечающим за предоставление платной услуги (его профессиональном образовании и квалификации); о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовом адресе, адресе электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба) ознакомлен(-на) до заключения Договора на предоставление платных медицинских услуг.

Вышеуказанная информация доступна и понятна, на все имеющиеся вопросы ответы получил, даю свое согласие на предоставление платных медицинских услуг, экземпляр уведомления на руки получил, все вышеуказанное подтверждаю своей подписью.

_____/_____
(дата/подпись) Потребитель/Заказчик

Договор №2611 на предоставление платных медицинских услуг

1 июля 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ», находящееся по адресу: Республика Мордовия, г. Саранск, ул. Севастопольская, д. 17, помещение 2, ОГРН 1191326006046, , выдан 25.10.2019 ИФНС по Ленинскому району г. Саранска ИНН 1328018233, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Муртазина Шамяля Дамировича, действующего на основании Устава, лицензии Л041-01178-13/00341115 от 21.02.2020 г, срок действия – бессрочно, Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; стоматологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; выдана Министерством здравоохранения Республики Мордовия (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения), Тел. (8-834-2) 34-4030, с одной стороны, и

Потребитель (физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Документ удостоверяющий личность _____

Зарегистрирован(-ая) по адресу: _____

Телефон: _____

(при предоставлении платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги) и указывается фраза (данные внесены со слов Потребителя)

Заказчик (физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги в пользу Потребителя):

Фамилия, _____, имя, _____, отчество _____ (при _____ наличии)

Документ _____ удостоверяющий _____ личность _____ серия _____ номер _____ выдан _____

Зарегистрирован(-ая) _____ по _____ адресу: _____

Телефон: _____, являюсь законным представителем лица указанного в главе Потребитель _____

Юридическое _____ лицо _____

(полное наименование)

ИНН _____ ОГРН _____

Адрес _____

местонахождения: _____

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю/Заказчику платные медицинские услуги (нужное подчеркнуть): консультации врачей специалистов; терапевтическое, ортопедические, ортодонтическое, хирургическое лечение, а Потребитель/Заказчик обязуется оплатить полученные услуги, в порядке, предусмотренном п. 6 настоящего Договора.

Перечень, наименование, количество, цена, стоимость и срок оказания медицинских услуг указываются в плане лечения (Приложении № 1 настоящего договора) (далее – план лечения), что является неотъемлемой частью Договора. Каждый этап лечения является самостоятельной услугой.

Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги надлежащего качества в необходимом объеме, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций. При необходимости дополнительного медицинского вмешательства для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг перечень таких услуг согласовывается с Потребителем/Заказчиком и указывается в дополнительном плане лечения.

2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Заказчика в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя/Заказчика, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4. Потребитель/Заказчик уведомлен, что медицинская услуга не гарантирует достижение определенного результата и направлена на процесс лечения; результат лечения зависит от индивидуальных особенностей организма; даже при надлежащем оказании услуг возможны осложнения и отклонения.

5. Потребитель/Заказчик обязан информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

6. Прием Потребителя осуществляется по предварительной записи. Запись осуществляется в свободное время в расписании приёма врача. При отсутствии свободного времени в расписании приема врача Потребителю предлагается записаться в лист ожидания. Ориентировочные сроки ожидания медицинских услуг в клинике составляют от трёх дней до двух недель. Потребитель/Заказчик должен являться на лечение в установленное время, согласованное с Исполнителем.

7. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта и определяется в сумме, указанной в плане лечения. Оплата услуг производится в следующем порядке:

- одновременно в полном объеме после оказания услуг Исполнителем;

Оплата услуг Исполнителя осуществляется Потребителем/Заказчиком путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя, либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

8. Дополнительные услуги, необходимость которых возникает при предоставлении платных медицинских услуг, оплачиваются Потребителем/Заказчиком дополнительно, с его согласия и в соответствии с Планом лечения или с заключаемым отдельно договором на предоставление платных медицинских услуг.

9. Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке при невозможности обеспечить качество и безопасность медицинской услуги, в том числе при выявлении у Потребителя противопоказаний к лечению, при появлении Потребителя с признаками употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ, при нарушении правил поведения в клинике, при нарушении общественного порядка, а также в случае несвоевременной оплаты Потребителем/Заказчиком стоимости услуги.

10. Потребитель/Заказчик вправе отказаться от получения медицинских услуг после заключения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору.

11. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон в письменной форме.

12. Факт оказания платных медицинских услуг подтверждается Актом об оказанных медицинских услугах, который сразу после оказания услуг выдается на руки Потребителю/Заказчику.

13. Исполнитель осуществляет запись в медицинскую документацию (медицинскую карту) Потребителя/Заказчика о состоянии здоровья, диагнозе, о результатах проведенного исследования, о методах лечения, об использованных лекарственных препаратах, медицинских изделиях, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Без взимания дополнительной платы медицинская документация (копии, выписки) предоставляется Исполнителем, в том числе в форме электронных документов, по требованию Потребителя/Заказчика не позднее семи рабочих дней со дня такого требования после оказания услуг.

14. Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя при наличии своей вины.

15. Исполнитель не несет ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание услуг по настоящему договору, если это неисполнение произошло в результате причин, повлиявших на которые Исполнитель не имел возможности, а также в случае форс-мажора. К форс-мажору относятся: стихийные бедствия, запретительные действия Правительства РФ и структур исполнительной власти, подкрепленные соответствующими актами о приостановке работ, несанкционированные отключения со стороны поставщиков коммунальных услуг и т.п.

16. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем/Заказчиком в случае, если Потребитель/Заказчик без согласия с Исполнителем допускает медицинские вмешательства специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, либо специалистами Исполнителя, но не на территории Исполнителя, в той области, в которой проводилось лечение специалистами Исполнителя по согласованному Плану лечения, а также если Потребитель/Заказчик по собственной инициативе досрочно прекращает прохождение лечения у Исполнителя на незаконченном этапе.

17. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем/Заказчиком в случаях несоблюдения Потребителем обстоятельств по договору, в случае возникновения осложнений по вине Потребителя, а именно: несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, несоблюдение правил пользования результатами и др.; возникновения у Потребителя в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий; возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим Потребителем; возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в медицинской карте стоматологического больного; осложнений по причине неявки Потребителя в указанный срок; прекращения (незавершения) лечения по инициативе Потребителя/Заказчика.

18. Исполнитель устанавливает на выполненные работы гарантийный срок в соответствии с «Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ». В течение указанного периода Потребитель вправе предъявлять требования к Исполнителю, однако, Гарантийные обязательства не будут действовать: в случае неявки Потребителя на профилактические осмотры в обозначенное врачом время, в случаях перелечивания в других клиниках, несоблюдения гигиены полости рта, нарушения предписаний лечащего врача и т.д. (исчерпывающий список случаев, когда гарантийные обязательства не действуют, могут быть сокращены или приостановлены, перечислены в «Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ»). С «Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «АКАДЕМИЯ СТОМАТОЛОГИИ» ознакомлен(а) _____.

19. Потребитель/Заказчик дает согласие на фотофиксацию до, во время и после лечения. Изображения могут быть использованы при условии анонимности.

20. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи. Стороны соглашаются с тем, что настоящий Договор, подписанный с помощью факсимильного воспроизведения подписи и содержащий оттиск печати стороны, считается заключенным в надлежащей форме.

21. В случае возникновения споров по настоящему договору, стороны обязуются принять все меры к их разрешению путем переговоров. В случае невозможности их разрешения путем переговоров они будут рассмотрены в суде в соответствии с действующим законодательством РФ. Обязательно соблюдение претензионного порядка. Претензии Заказчика/Потребителя составляются письменно и рассматриваются Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ

22. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного календарного года.

23. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

24. Настоящий договор составлен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны. В случае, если договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

Директор: _____ / Муртазин Ш. Д.

Потребитель: _____ / _____

Заказчик: _____ / _____