

*До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.*

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО заказчика)

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_  
(несовершеннолетний пациент)**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(ФИО заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего лица

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «ОРДЕНТО», в лице Генерального директора Арсениной Ольги Ивановны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее по тексту договора «услуги») в соответствии с перечнем и стоимостью услуг, указанных в Прейскуранте, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг и выполнять требования специалистов Исполнителя.

1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии Л041-01137-77/00739723, срок действия: бессрочно, выданной 18.10.2023 г., Департаментом здравоохранения г. Москвы, адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: +7 (495) 777-77-77.

1.3. В соответствии с лицензией Исполнитель вправе осуществлять следующие виды медицинской деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

1.4. Объем, виды и сроки ожидания медицинских услуг определяются Планом лечения (Приложение №1 к договору).

**2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

2.1. Услуги Пациенту оказываются Исполнителем лично, либо с привлечением третьих лиц.

2.2. До оказания медицинских услуг, Заказчик предоставляет достоверные сведения о состоянии здоровья Пациента в Анкете состояния здоровья Пациента. В случае одновременного прохождения Пациентом медицинских процедур в другом медицинском учреждении, Заказчик обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Заказчик не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур.

2.3. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает ознакомление, с размещенным на информационном стенде Исполнителя, порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, а также ознакомление с возможностью осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. Заказчик (Пациент) уведомлены, о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

**3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

3.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Заказчиком по действующему прейскуранту на момент оказания медицинской услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках плана лечения. Оплата производится в наличной или безналичной форме. Оплата считается произведенной после поступления денежных средств на расчетный счет или внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя. Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).

3.2. Медицинские услуги по плану лечения могут быть оплачены предоплатой в полном размере или частично, путем внесения аванса по согласованию с Пациентом. При досрочном расторжении Договора, делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту, в срок до 10 дней включительно.

**4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

**Исполнитель обязуется:**

4.1. назначить для проведения обследования и лечения компетентного специалиста (далее по тексту «врача»);

4.2. назначить в оговоренное с Заказчиком время обследование Пациента;

4.3. определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки (далее по тексту «План

лечения»);

4.4. отразить результаты обследования (предварительный диагноз) и согласованный с Заказчиком план лечения в медицинской карте стоматологического больного (далее по тексту «медицинская карта»);

4.5. в соответствии с выбранным планом лечения и на основании Прейскуранта, действующего на момент оплаты услуг, Стороны подписывают План лечения (Приложение №1 к Договору), в котором отражается стоимость, перечень стоматологических услуг и сроки их оказания;

4.6. определить и сообщить Пациенту примерные сроки выполнения выбранного Заказчиком плана лечения, при этом любое изменение лечения (согласно записям в медицинской карте Пациента), влечет за собой изменение сроков и стоимости лечения;

4.7. использовать методы диагностики, профилактики и лечения с соблюдением предъявляемых к ним требований;

4.8. обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения;

4.9. обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями;

4.10. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом.

#### **Заказчик и Пациент обязуются:**

4.11. выполнять все рекомендации лечащего врача и медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений, в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, иных особенностях организма;

4.12. являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом;

4.13. соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки;

4.14. являться на профилактические осмотры не реже чем 1 раз в 6 (шесть) месяцев;

4.15. Заказчик обязуется производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Пациент и Заказчик ознакомились перед заключением настоящего Договора, а равно оплачивать дополнительные (специализированные) методы обследования, путем осуществления рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, которые осуществляются Исполнителем за отдельную плату;

4.16. заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги, в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками;

4.17. при появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить клинику для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем;

4.18. в случае невозможности явки на лечение и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом врача не менее чем за сутки.

4.19. при невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Заказчика и Пациента или расторжения настоящего Договора по инициативе Заказчика и Пациента, оплатить фактически оказанные услуги, в т.ч. стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме. Оплата за выполненные диагностические исследования не возвращается.

#### **Права Заказчика и Пациента:**

4.20. получать устно, по письменному заявлению Заказчика и Пациента, бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также иную информацию, касающуюся здоровья Пациента при предоставлении Исполнителем услуг;

4.21. выбор лечащего врача, с учетом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение;

4.22. проведение по просьбе Пациента врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуги;

4.23. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Пациент не возражает против проведения видеонаблюдения в помещении Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.

4.24. отказ от медицинского вмешательства;

4.25. при наличии обоснованных претензий к качеству и срокам предоставляемой услуги требовать от Исполнителя исполнения ее другим специалистом, либо расторжения Договора и возмещения убытков в размере стоимости некачественно выполненной работы.

#### **Права Исполнителя:**

4.26. при отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию;

4.27. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения;

4.28. с согласия Пациента вправе допустить по медицинским показаниям отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

4.29. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Пациента медицинских противопоказаний, а равно, если это лечение не соответствует требованиям технологий, не соответствует действующим стандартам, а равно

может вызвать нежелательные последствия;

4.30. Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании услуг (в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор) в случае грубых нарушений Заказчиком или Пациентом выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием и/или неявки на прием, что привело к невозможности оказаний услуг.

## **5. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

5.1. Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение Пациента (Приложение №2 к настоящему договору) является необходимым предварительным условием для начала лечения, с которым Заказчик и Пациент ознакомлены и согласны.

5.2. Стороны вправе по обоюдному согласию изменить набор и количество медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными несовершеннолетнему Пациенту специалистами Исполнителя. Соответствующие изменения и дополнения письменно оформляются путем составления нового Плана лечения, которое вступает в силу с момента его подписания сторонами, и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

5.3. В случае необходимости проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи Исполнитель имеет право на привлечение внештатных врачей-специалистов соответствующей специальности. Подписанием настоящего договора Заказчик и Пациент дают свое согласие на передачу персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну третьим лицам, в рамках проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи.

5.4. В случае если при предоставлении услуг требуется предоставление дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом (Заказчика) Пациента. Дополнительные медицинские услуги и их стоимость согласуются сторонами в новом Плана лечения или дополнительном соглашении.

5.5. Заказчик и Пациент соглашаются получать информацию о предполагаемых скидках, проводимых акциях, прочей информации о работе Исполнителя по представленным Заказчиком телефонам или адресу электронной почты.

5.6. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) в соответствии с Положением о гарантийных сроках, с которым пациент ознакомился перед подписанием настоящего договора. Необходимым условием соблюдения гарантийных обязательств Исполнителем является проведение профессиональной гигиены полости рта, контрольных и профилактических осмотров, рекомендованных врачом.

5.7. Заказчик и Пациент соглашаются с тем, что все свои предложения, замечания, претензии, заявления и т.п. связанные с действием настоящего Договора принимаются Исполнителем в письменном виде, при этом датой принятия заявления Заказчика и Пациента является дата предоставления заявления Пациентом уполномоченному представителю Исполнителя.

5.8. В целях внутреннего контроля и оценки результатов проведенных медицинских услуг Исполнитель может производить фото и видео протокол лечения Пациента, для наблюдения за результатом до оказания медицинских услуг и на всех этапах лечения.

5.9. Выдача медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента осуществляется на основании письменного заявления Пациента, в порядке и в сроки, установленные действующим законодательством.

5.10. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.11. На основании заявления Пациента, Исполнитель выдает документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные медицинские услуги:

- а. копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- б. справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- в. рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

5.12. Заключение настоящего Договора отменяет все ранние устные, либо письменные, договоренности Сторон.

## **6. СРОКИ ОЖИДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

6.1. Сроки ожидания услуг определяются при заключении договора, после осмотра первичным врачом по согласованию с Заказчиком и Пациентом и отражаются в Плана лечения (Приложение №1 к настоящему Договору). Сроки оказания медицинских услуг могут меняться в зависимости от состояния здоровья Пациента, соблюдения им рекомендаций лечащего врача, установленного режима лечения и по другим независящим от Исполнителя причинам.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами по Договору.

## **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

8.1. Все споры и разногласия по порядку исполнения данного Договора Стороны решают путем переговоров. Обязательства Исполнителя по данному Договору считаются выполненными при оказании полного объема услуг, оплаченных Заказчиком.

8.2. В случае возникновения разногласий между Сторонами по вопросу качества оказанных услуг, медицинские жалобы Пациента рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя. При подписании договора, Заказчик и Пациент разрешают предоставлять медицинскую информацию всем работникам Исполнителя и сторонним медицинским специалистам для контроля качества оказания медицинских услуг.

8.3. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

8.4. Заказчик и Пациент вправе явиться в назначенное Исполнителем время, для рассмотрения Врачебной комиссией претензии Пациента.

8.5. Если стороны не достигли взаимного согласия и требования стороны не удовлетворены, Сторона вправе в письменном виде оформить претензию, и направить ее другой стороне или решить спор в судебном порядке. Данная претензия должна быть удовлетворена в разумный срок (не более 10 дней). В случае невозможности урегулировать разногласия путем переговоров Стороны разрешают спор в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.6. Любые претензии, обращения, жалобы, заявления направляются Исполнителю в письменном виде, на почтовый адрес, указанный в разделе 10.

8.7. Исполнитель несет ответственность в случае не предоставления услуг по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.8. Договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в случаях:

- неисполнения Пациентом своих обязательств по настоящему Договору;
- обнаружения у Пациента заболевания несовместимого с выбранной методикой оказания медицинских услуг. При этом Исполнитель обязуется возратить Заказчику предварительно оплаченную им в рамках настоящего Договора сумму, за вычетом стоимости оказанных услуг.

8.9. Договор может быть в любое время расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Заказчика. В этом случае Заказчик обязуется уплатить Исполнителю часть цены, пропорционально части оказанных медицинских услуг.

## 9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

9.2. Договор хранится в порядке, определенном законодательством РФ об архивном деле в РФ.

9.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора является Анкета состояния здоровья несовершеннолетнего лица, План лечения (Приложение №1), Информационное добровольное согласие Пациента (Приложение №2), Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №3).

9.4. При заключении настоящего Договора, Приложений и Дополнительных соглашений к нему, Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписи Исполнителя с помощью средств механического копирования (факсимиле).

## 10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ООО «ОРДЕНТО»**

Юридический адрес и адрес осуществления  
медицинской деятельности:

119048, город Москва, вн.тер. г. муниципальный округ

Хамовники, ул. Усачёва, дом 15А, помещение 4Н

ИНН: 9704172355

КПП: 770401001

ОГРН: 1227700686102

р/с: 40702810238000339867

в ПАО Сбербанк России г. Москва

к/с: 30101810400000000225

БИК: 044525225

Контактный телефон: +7 (499) 245-33-25

Электронная почта: info@ordento.ru

Сайт: ordento.ru

Генеральный директор

Арсенина О.И.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

### ЗАКАЗЧИК:

\_\_\_\_\_  
(ФИО заказчика)

Паспорт (номер, дата выдачи, выдавший орган, код  
подразделения):

Место регистрации: \_\_\_\_\_

Место проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Электронная почта: \_\_\_\_\_

### ПАЦИЕНТ:

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

Данные свидетельства о рождении ребенка или иного  
документа, подтверждающего полномочия родителя,  
усыновителя или опекуна:

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Я, нижеподписавшийся** \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения

паспорт

серия: \_\_\_\_\_

номер: \_\_\_\_\_

(орган, выдавший документ, дата выдачи)

в соответствии с требованием статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку «ОРДЕНТО» (ИНН 9704172355), расположенного по адресу: 119048, г. Москва, вн.тер. г. муниципальный округ Хамовники, ул. Усачёва, дом 15А, помещение 4Н (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну; контактный телефон, электронный адрес, в целях поддержания связи; осуществления обращений по указанным номерам; отправки СМС-сообщений на указанный мобильный телефон; отправки электронных писем на указанный электронный адрес, в том числе для информирования о поступлении новых товаров и услуг, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатов, для осуществления заочных опросов, с целью изучения мнения о товарах и услугах.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, представляю право, медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения пациента, а также третьим лицам для проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанных услуг.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать лет для стационара, пять лет – для поликлиники.

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

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом, с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

**Подпись субъекта персональных данных (ПАЦИЕНТ)** \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)