

## УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с пунктом 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», уведомляем, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

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

Подпись

ФИО

Договор № [CLIENTORREPRES.HISTNUM]  
предоставления платных медицинских услуг

город Москва

[Date] года

**Гражданин(-ка)** [CLIENTORREPRES.FULLNAME], паспорт [CLIENTORREPRES.PASPSER] [CLIENTORREPRES.PASPNUM], выдан [CLIENTORREPRES.PASPLACE] [CLIENTORREPRES.PASDATE], зарегистрирован(-а) по адресу: [CLIENTORREPRES.ADDR\_REG], телефон: [CLIENTORREPRES.PHONE3], действующий (-ая) от своего имени, именуемый (-ая) далее «**Пациент**», «**Потребитель**», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Глосс»** (свидетельство о внесении сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 № 016983647 от 23 марта 2015 года, выданное межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) № 1157746252180), лицензия № ЛО-77-01-018091 от 21.05.2019 года (выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, 127006, город Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: 495-777-77-77) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, в лице администратора [CURRENT\_USER.FULLNAME], действующего(-ей) на основании Доверенности № 1 от 14.01.2020, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», «**Клиника**», с другой стороны, далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – «**Договор**») о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора.

- 1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги, в том числе дистанционное консультирование (далее – «**Услуги**»), а Пациент – принять предоставленные Услуги и оплатить их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
- 1.2. Пациент подтверждает, что в момент заключения настоящего Договора в наглядной и доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что Пациент может получить соответствующие виды и объемы 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. Заключая настоящий Договор, Пациент добровольно соглашается на предоставление Пациенту медицинских услуг на платной основе.

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

- 2.1. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями, после предварительного собеседования 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) 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, являющегося Приложением к настоящему Договору и данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 2.3. Перечень Услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, согласовывается Сторонами в предварительном плане (предварительных планах) лечения и иных Приложениях к настоящему Договору. По соглашению Сторон перечень Услуг может изменяться.
- 2.4. Срок предоставления Услуг определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. 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 предварительном плане (предварительных планах) лечения.
- 2.5. Разумный срок устранения недостатков Услуг устанавливается Пациентом Исполнителю в настоящем пункте Договора согласно ст. 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и составляет не более 90 (девяносто) дней с момента составления протокола врачебной комиссии, рассматривавшей обращение Пациента, если иное не согласовано Сторонами. Срок для устранения существенных недостатков предоставленных Услуг устанавливается законодательством 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 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 на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или нового договора или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при отказе Пациента от получения Услуг, уведомив Пациента о последствиях.
- 3.1.4. При проведении дистанционного консультирования:
  - предоставить форму анкеты для выявления области дистанционной консультации на сайте: [www.orthoffice.ru](http://www.orthoffice.ru);
  - провести дистанционную консультацию по выбору Пациента: по электронной почте, по скайпу, по телефону;
  - предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Пациентом.
- 3.1.5. Предоставить Потребителю 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.
- 3.1.6. 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.

### **3.2. 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.
- 3.2.2. Оплачивать Услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 3.2.3. При отсутствии возражений подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, предварительные планы лечения, акты сдачи-приемки оказанных услуг, Приложения к настоящему Договору и иные документы, связанные с предоставлением Услуг по настоящему Договору.
- 3.2.4. Правдиво и полно до начала оказания Услуг и в течение срока их оказания письменно предоставлять Исполнителю всю информацию о состоянии своего здоровья (в том числе о полученных Пациентом травмах, принимаемых лекарственных препаратах, аллергиях, психических расстройствах, лечении в других медицинских учреждениях, заболеваниях и т.п.). Исполнитель не несет ответственности за возможные неблагоприятные последствия (включая осложнения, неверную постановку диагноза, некорректные методы лечения), обусловленные неисполнением и/или ненадлежащим исполнением Пациентом настоящего пункта Договора.
- 3.2.5. Прислать запрос на дистанционную консультацию с использованием формы Заявки, размещенной на сайте [www.orthoffice.ru](http://www.orthoffice.ru).

### **3.3. Исполнитель имеет право:**

- 3.3.1. Изменять по согласованию с Пациентом предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость диагностики и лечения по медицинским показаниям и экономическим причинам.
- 3.3.2. 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 отказать от консультаций и/или проведения дополнительных исследований, при этом он самостоятельно несет риски, связанные с таким отказом.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на овеществленные результаты предоставленных Услуг в соответствии с «Положением о гарантийных обязательствах при предоставлении платных медицинских услуг», являющемся неотъемлемой частью Договора, и иными Приложениями к Договору.
- 3.3.4. В случае отсутствия (болезнь, командировка, отпуск и т.п.) лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания Услуг.
- 3.3.5. 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.
- 3.3.6. Отказать Потребителю в дистанционной консультации, если в момент консультации выяснится, что ситуация не подлежит дистанционному консультированию, с последующим возвратом денежных средств.

### **3.4. Пациент имеет право:**

- 3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. На основании письменного заявления, при предоставлении паспорта получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.
- 3.4.5. Расторгнуть настоящий Договор посредством предоставления письменного отказа от Услуг в порядке, установленном Договором.

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

- 4.1. Стоимость Услуг определяется на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оплаты Услуг. Стоимость Услуг согласовывается Сторонами в приложениях к настоящему Договору - планах лечения, счетах на оплату и актах.
- 4.2. Если оплата Услуг производится в наличной форме, Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
- 4.3. Если иное не согласовано Сторонами, Пациент обязан оплачивать медицинские услуги по настоящему Договору в сроки, указанные в плане лечения, подписанном Пациентом, счете на оплату или ином документе, выставленном Исполнителем и/или согласованном Сторонами. Если Стороны не согласовали условия оплаты Услуг в документе, являющемся приложением к настоящему Договору, то Пациент обязан оплатить Услуги путем 100% предоплаты стоимости Услуг – до начала их предоставления. Стоимость дистанционной консультации оплачивается в виде предоплаты в размере 100% стоимости.

- 4.4. Обязанность Стороны по оплате Услуг считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре или счете на оплату.
- 4.5. При досрочном расторжении Договора по инициативе Пациента (отказе Пациента от получения Услуг) Исполнитель возвращает Пациенту 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 Клиники, закупку материалов (брекет-систем, адгезивов и пр.), услуги лаборатории по изготовлению элайнеров, использование оборудования, накладные расходы, а также затраты Исполнителя на оплату услуг третьих лиц в целях оказания Услуг Пациенту (включая консультацию, изготовление слепков, снимков, моделей, коронок, и т.п.). Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем в установленные сроки.
- 4.6. Пациент понимает и подтверждает, что в ходе оказания медицинской помощи могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план лечения или требующих дополнительных исследований, манипуляций, процедур. Пациент доверяет врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации. Оплату Пациент гарантирует. В случае если в процессе проведения оперативного вмешательства будут установлены факты сокрытия со стороны Пациента обстоятельств, имеющих существенное значение для проведения операции, врач вправе прекратить вмешательство.

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

- 5.1. Пациент подтверждает, что в момент подписания настоящего Договора ему разъяснено, что Исполнитель не несет ответственности за недостатки, обнаруженные в результатах оказанных Услуг, а Пациент лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в результатах Услуг в следующих случаях: отказа Пациента от получения Услуг, в том числе от завершения лечения и/или проведения дополнительных обследований согласно плану лечения и/или рекомендациям Исполнителя; нарушения Пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения; возникновения осложнений, о возможности возникновения которых Пациент был уведомлен; не достижения результата лечения по причинам, не зависящим от Исполнителя, указанных в подписанном Пациентом информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг и/или иных Приложениях к настоящему Договору; вмешательства третьих лиц и/или Пациента в результат оказанных Услуг; истечения гарантийного срока и срока службы на о вещественные результаты оказанных Услуг; неисполнения Пациентом обязанностей по предоставлению Исполнителю полной и достоверной информации, касающейся состояния здоровья Пациента (анамнез жизни и болезни, аллергологический анамнез, сведения о заболеваниях, травмах, принимаемых препаратах и т.п.).
- 5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае неблагоприятного исхода лечения, если докажет, что негативные последствия возникли после принятия Услуги Пациентом вследствие нарушения им правил использования результата Услуги (например, несоблюдения Пациентом рекомендаций, данных Исполнителем, отказа от завершения лечения и т.п.), действий третьих лиц (травмы, вмешательство Пациента или специалиста другой клиники в стоматологическую конструкцию и т.п.) или непреодолимой силы (наличие у Пациента заболеваний – остеопороз, онкологические заболевания; обострение, изменение состояния организма вследствие беременности, приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий и т.п.).
- 5.3. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что: 1. Ожидаемый (запланированный) результат лечения не может быть гарантирован: успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов исходов различных заболеваний. 2. Овеществленный результат Услуг имеет конструктивные особенности и после завершения предоставления Услуг могут проявляться их особенности, в том числе: расцементировка временной конструкции; раскручивание фиксирующего винта имплантата (формирователя); неоднократная коррекция съёмного протеза после сдачи; неоднократная коррекция цвета, размера, формы, прикуса, при примерке постоянных коронок; завышение пломбы, вкладки, накладки; разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении. Проявление указанных в настоящем пункте Договора особенностей, а также иных особенностей, указанных в Приложениях к Договору и иных документах, не рассматривается Сторонами как недостаток Услуг.
- 5.4. Поскольку медицинские услуги носят нематериальный характер, то в случае наличия спора по объему оказанных Услуг Стороны договорились считать надлежащим доказательством отраженные в медицинской карте Пациента сведения, в частности, дневниковые записи.

## **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 Исполнителем в план лечения изменениями.
- 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.); если Пациент, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем в порядке, установленном пунктом 3.1.5. настоящего Договора, в разумный срок не изменит указаний о способе выполнения работы (оказания Услуги) либо не устранит обстоятельства, зависящие от Пациента, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой Услуги).
- 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, могут быть разрешены в претензионном порядке. Сторона, считающая свои права нарушенными, имеет право заявить соответствующую письменную претензию нарушившей стороне.
- 6.5. Датой заявления претензии является дата почтового штемпеля (иной почтовой отметки) о вручении соответствующего отправления адресату, а в случае отсутствия адресата по адресу указанному в Договоре или возврату почтового отправления по иной причине в связи с невозможностью доставки или вручения – дата, указанная в почтовой квитанции соответствующего почтового отправления.
- 6.6. Претензия Пациента должна быть однозначно определена в качестве таковой, содержать описание допущенного нарушения (недостатка), нормы законодательства и положения Договора, на которых основаны требования, а также суть требований Пациента согласно законодательству Российской Федерации. К претензии должен быть приложен расчет суммы требования (реальный ущерб, пени, штраф и т.п.) и копии документов его обосновывающих (если применимо). Письмо, не соответствующее данным правилам, не считается претензией и Сторонами не рассматривается как начало процедуры урегулирования споров и разногласий Сторон.

- 6.7. Исполнитель в течение 10 дней с момента получения претензии Пациента обязан рассмотреть ее и пригласить Пациента на заседание врачебной комиссии. Пациент, в свою очередь, обязан в сроки, указанные Исполнителем, явиться на заседание врачебной комиссии – для рассмотрения сути возникших у Пациента претензий.

## **7. Заверения и гарантии.**

- 7.1. Своей подписью в настоящем Договоре Пациент подтверждает, что до момента заключения настоящего Договора Исполнитель: ознакомил Потребителя с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736; ознакомил Потребителя с действующим у Исполнителя прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.
- 7.2. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента (его законного представителя) предоставляется выписка из медицинской документации и копии соответствующих документов.
- 7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии здоровья Пациента, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны. Пациент дает согласие на фотопроколирование процесса лечения. Исполнитель (Клиника) вправе использовать и обнародовать изображения Пациента (в том числе фотографии полости рта и лица) в публикуемых Исполнителем (Клиникой) 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 и в сети «Интернет» без выплаты Пациенту вознаграждения. Настоящее согласие распространяется на все изображения (фотоснимки), полученные (сделанные) работниками и представителями Исполнителя (Клиники) в период предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору. Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения Пациента (в том числе полости рта и лица) целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. Полученные Исполнителем (Клиникой) фотоматериалы не будут использоваться для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными.
- 7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что в ходе оказания Услуг может выполняться фотосъемка (с целью фиксации результатов Услуг). Настоящим Пациент дает согласие на обработку и хранение биометрических персональных данных Пациента, полученных в процессе ведения фотосъемки.
- 7.5. В целях уведомления об услугах и акциях Клиники Пациент дает согласие на получение по почте, электронной почте и сотовой связи информации, связанной с оказанием Услуг. Настоящее согласие может быть отозвано путем письменного уведомления Исполнителя.
- 7.6. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с Правилами поведения пациентов в Клинике, с Правилами предоставления медицинских услуг, перечнем Услуг, сроками и стоимостью оказания Услуг.
- 7.7. Во исполнение положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях сохранения и защиты врачебной тайны пациентов и их персональных данных, на территории медицинской организации (во всех помещениях, включая подсобные помещения и коридоры) пациентам запрещается вести фото- и видеосъемку без предварительного согласования с уполномоченным представителем медицинской организации. Ведение фото- и видеосъемки иными лицами производится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации
- 7.8. Подписанием настоящего Договора Пациент (Заказчик), в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя (Клиники) своих персональных данных, включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, 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, СМС и сообщений в мессенджерах. В процессе оказания медицинской помощи Пациент (Заказчик) дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки, данные КТ исследований и сведения, составляющие врачебную тайну, персоналу Клиники в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом (Заказчиком) в письменном виде.
- 7.9. В случае опубликования Пациентом (Заказчиком), в том числе анонимно, в СМИ или в сети Интернет недостоверных сведений, касающихся оказания медицинских услуг Исполнителем (Клиникой), Пациент (Заказчик) предоставляет Исполнителю (Клинике) право опубликовать в том же или ином источнике опровержение.

## **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, 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, сроков 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 момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

- 9.2. Данный договор может быть заключен посредством использования сети «Интернет» на основании ознакомления Пациента с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора). Договор с Пациентом считается заключенным со дня оформления им соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Пациента (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя. При заключении договора Исполнитель представляет Пациенту подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет Пациенту получить информацию о заключенном договоре и его условиях. При заключении договора дистанционным способом отказ Пациента от договора может быть совершен также дистанционно.
- 9.3. Настоящий Договор подписан уполномоченными представителями Сторон в двух идентичных экземплярах, - по одному для каждой из Сторон. Все уведомления и сообщения в связи с настоящим договором должны направляться в письменной форме. Уведомления и сообщения будут считаться исполненными надлежащим образом, если они посланы по адресам электронной почты, указанным в разделе 10 настоящего договора, заказным письмом или доставлены лично по адресам Сторон, указанным в разделе 10 настоящего договора, с получением под расписку соответствующими должностными лицами.
- 9.4. Медицинские карты, планы лечения, анкеты о здоровье, информированные согласия, подписанные Пациентом, прейскурант на услуги, Положения, устанавливающие порядок поведения пациентов в клинике, предоставление гарантий, являются неотъемлемыми частями настоящего Договора. Все условия Договора рассматриваются в едином контексте с перечисленными документами.

## 10. Реквизиты и подписи Сторон:

**Исполнитель:**  
ООО «ГЛОСС»  
123022, г. Москва,  
ул. Рочдельская, д. 15, стр. 13  
ИНН 7729454189 КПП 770301001  
ОГРН 1157746252180  
Р/с № 40702810710000488905  
в АО "Тинькофф Банк", г. Москва  
К/с 30101810145250000974  
БИК 044525974  
E-mail: mail@orthoffice.ru  
**Представитель по доверенности**

\_\_\_\_\_/ Пронина М.Д.  
М.п.

**Пациент:**  
[CLIENTORREPRES.FULLNAME]  
Дата рождения: [CLIENTORREPRES.BDATE]  
  
паспорт № [CLIENTORREPRES.PASSP\_FULL]  
зарегистрирован(-а) по адресу: [CLIENTORREPRES.ADDR\_REG]  
Телефон: [CLIENTORREPRES.PHONE3]  
E-mail:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Один экземпляр настоящего Договора получен на руки.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с пунктом 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», уведомляем, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

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

Подпись

ФИО

**Договор № [CLIENTORREPRES.HISTNUM]  
предоставления платных медицинских услуг**

город Москва

[Date] года

**Гражданин(-ка)** [CLIENTORREPRES.FULLNAME], паспорт [CLIENTORREPRES.PASPSER] [CLIENTORREPRES.PASPNUM], выдан [CLIENTORREPRES.PASPPLACE] [CLIENTORREPRES.PASPDATE], зарегистрирован(-а) по адресу: [CLIENTORREPRES.ADDR\_REG], телефон: [CLIENTORREPRES.PHONE3], действующий (-ая) от своего имени, именуемый (-ая) далее «**Пациент**», «**Потребитель**», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Глосс»** (свидетельство о внесении сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 № 016983647 от 23 марта 2015 года, выданное межрайонной инспекцией ФНС № 46 по г. Москве, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) № 1157746252180), лицензия № ЛО-77-01-018091 от 21.05.2019 года (выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, 127006, город Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: 495-777-77-77) на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, в лице администратора [CURRENT\_USER.FULLNAME], действующего(-ей) на основании Доверенности № 1 от 14.01.2020, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», «**Клиника**», с другой стороны, далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее – «**Договор**») о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора.

- 1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги, в том числе дистанционное консультирование (далее – «**Услуги**»), а Пациент – принять предоставленные Услуги и оплатить их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
- 1.2. Пациент подтверждает, что в момент заключения настоящего Договора в наглядной и доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что Пациент может получить соответствующие виды и объемы 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. Заключая настоящий Договор, Пациент добровольно соглашается на предоставление Пациенту медицинских услуг на платной основе.

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

- 2.1. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями, после предварительного собеседования 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) 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, являющегося Приложением к настоящему Договору и данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 2.3. Перечень Услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, согласовывается Сторонами в предварительном плане (предварительных планах) лечения и иных Приложениях к настоящему Договору. По соглашению Сторон перечень Услуг может изменяться.
- 2.4. Срок предоставления Услуг определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю. 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 предварительном плане (предварительных планах) лечения.
- 2.5. Разумный срок устранения недостатков Услуг устанавливается Пациентом Исполнителю в настоящем пункте Договора согласно ст. 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и составляет не более 90 (девяносто) дней с момента составления протокола врачебной комиссии, рассматривавшей обращение Пациента, если иное не согласовано Сторонами. Срок для устранения существенных недостатков предоставленных Услуг устанавливается законодательством 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 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 на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или нового договора или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при отказе Пациента от получения Услуг, уведомив Пациента о последствиях.
- 3.1.4. При проведении дистанционного консультирования:
  - предоставить форму анкеты для выявления области дистанционной консультации на сайте: [www.orthoffice.ru](http://www.orthoffice.ru);
  - провести дистанционную консультацию по выбору Пациента: по электронной почте, по скайпу, по телефону;
  - предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Пациентом.
- 3.1.5. Предоставить Потребителю 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.
- 3.1.6. 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.

### **3.2. 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.
- 3.2.2. Оплачивать Услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 3.2.3. При отсутствии возражений подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, предварительные планы лечения, акты сдачи-приемки оказанных услуг, Приложения к настоящему Договору и иные документы, связанные с предоставлением Услуг по настоящему Договору.
- 3.2.4. Правдиво и полно до начала оказания Услуг и в течение срока их оказания письменно предоставлять Исполнителю всю информацию о состоянии своего здоровья (в том числе о полученных Пациентом травмах, принимаемых лекарственных препаратах, аллергиях, психических расстройствах, лечении в других медицинских учреждениях, заболеваниях и т.п.). Исполнитель не несет ответственности за возможные неблагоприятные последствия (включая осложнения, неверную постановку диагноза, некорректные методы лечения), обусловленные неисполнением и/или ненадлежащим исполнением Пациентом настоящего пункта Договора.
- 3.2.5. Прислать запрос на дистанционную консультацию с использованием формы Заявки, размещенной на сайте [www.orthoffice.ru](http://www.orthoffice.ru).

### **3.3. Исполнитель имеет право:**

- 3.3.1. Изменять по согласованию с Пациентом предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость диагностики и лечения по медицинским показаниям и экономическим причинам.
- 3.3.2. 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 отказать от консультаций и/или проведения дополнительных исследований, при этом он самостоятельно несет риски, связанные с таким отказом.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на овеществленные результаты предоставленных Услуг в соответствии с «Положением о гарантийных обязательствах при предоставлении платных медицинских услуг», являющемся неотъемлемой частью Договора, и иными Приложениями к Договору.
- 3.3.4. В случае отсутствия (болезнь, командировка, отпуск и т.п.) лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания Услуг.
- 3.3.5. 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.
- 3.3.6. Отказать Потребителю в дистанционной консультации, если в момент консультации выяснится, что ситуация не подлежит дистанционному консультированию, с последующим возвратом денежных средств.

### **3.4. Пациент имеет право:**

- 3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. На основании письменного заявления, при предоставлении паспорта получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.
- 3.4.5. Расторгнуть настоящий Договор посредством предоставления письменного отказа от Услуг в порядке, установленном Договором.

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

- 4.1. Стоимость Услуг определяется на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оплаты Услуг. Стоимость Услуг согласовывается Сторонами в приложениях к настоящему Договору - планах лечения, счетах на оплату и актах.
- 4.2. Если оплата Услуг производится в наличной форме, Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
- 4.3. Если иное не согласовано Сторонами, Пациент обязан оплачивать медицинские услуги по настоящему Договору в сроки, указанные в плане лечения, подписанном Пациентом, счете на оплату или ином документе, выставленном Исполнителем и/или согласованном Сторонами. Если Стороны не согласовали условия оплаты Услуг в документе, являющемся приложением к настоящему Договору, то Пациент обязан оплатить Услуги путем 100% предоплаты стоимости Услуг – до начала их предоставления. Стоимость дистанционной консультации оплачивается в виде предоплаты в размере 100% стоимости.

- 4.4. Обязанность Стороны по оплате Услуг считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре или счете на оплату.
- 4.5. При досрочном расторжении Договора по инициативе Пациента (отказе Пациента от получения Услуг) Исполнитель возвращает Пациенту 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 Клиники, закупку материалов (брекет-систем, адгезивов и пр.), услуги лаборатории по изготовлению элайнеров, использование оборудования, накладные расходы, а также затраты Исполнителя на оплату услуг третьих лиц в целях оказания Услуг Пациенту (включая консультацию, изготовление слепков, снимков, моделей, коронок, и т.п.). Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем в установленные сроки.
- 4.6. Пациент понимает и подтверждает, что в ходе оказания медицинской помощи могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план лечения или требующих дополнительных исследований, манипуляций, процедур. Пациент доверяет врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимыми в данной ситуации. Оплату Пациент гарантирует. В случае если в процессе проведения оперативного вмешательства будут установлены факты сокрытия со стороны Пациента обстоятельств, имеющих существенное значение для проведения операции, врач вправе прекратить вмешательство.

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

- 5.1. Пациент подтверждает, что в момент подписания настоящего Договора ему разъяснено, что Исполнитель не несет ответственности за недостатки, обнаруженные в результатах оказанных Услуг, а Пациент лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в результатах Услуг в следующих случаях: отказа Пациента от получения Услуг, в том числе от завершения лечения и/или проведения дополнительных обследований согласно плану лечения и/или рекомендациям Исполнителя; нарушения Пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения; возникновения осложнений, о возможности возникновения которых Пациент был уведомлен; не достижения результата лечения по причинам, не зависящим от Исполнителя, указанных в подписанном Пациентом информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг и/или иных Приложениях к настоящему Договору; вмешательства третьих лиц и/или Пациента в результат оказанных Услуг; истечения гарантийного срока и срока службы на о вещественные результаты оказанных Услуг; неисполнения Пациентом обязанностей по предоставлению Исполнителю полной и достоверной информации, касающейся состояния здоровья Пациента (анамнез жизни и болезни, аллергологический анамнез, сведения о заболеваниях, травмах, принимаемых препаратах и т.п.).
- 5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае неблагоприятного исхода лечения, если докажет, что негативные последствия возникли после принятия Услуги Пациентом вследствие нарушения им правил использования результата Услуги (например, несоблюдения Пациентом рекомендаций, данных Исполнителем, отказа от завершения лечения и т.п.), действий третьих лиц (травмы, вмешательство Пациента или специалиста другой клиники в стоматологическую конструкцию и т.п.) или непреодолимой силы (наличие у Пациента заболеваний – остеопороз, онкологические заболевания; обострение, изменение состояния организма вследствие беременности, приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий и т.п.).
- 5.3. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что: 1. Ожидаемый (запланированный) результат лечения не может быть гарантирован: успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов исходов различных заболеваний. 2. Овеществленный результат Услуг имеет конструктивные особенности и после завершения предоставления Услуг могут проявляться их особенности, в том числе: расцементировка временной конструкции; раскручивание фиксирующего винта имплантата (формирователя); неоднократная коррекция съёмного протеза после сдачи; неоднократная коррекция цвета, размера, формы, прикуса, при примерке постоянных коронок; завышение пломбы, вкладки, накладки, в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении. Проявление указанных в настоящем пункте Договора особенностей, а также иных особенностей, указанных в Приложениях к Договору и иных документах, не рассматривается Сторонами как недостаток Услуг.
- 5.4. Поскольку медицинские услуги носят нематериальный характер, то в случае наличия спора по объему оказанных Услуг Стороны договорились считать надлежащим доказательством отраженные в медицинской карте Пациента сведения, в частности, дневниковые записи.

## **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 Исполнителем в план лечения изменениями.
- 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.); если Пациент, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем в порядке, установленном пунктом 3.1.5. настоящего Договора, в разумный срок не изменит указаний о способе выполнения работы (оказания Услуги) либо не устранил обстоятельства, зависящие от Пациента, которые могут снизить качество выполняемой работы (оказываемой Услуги).
- 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, могут быть разрешены в претензионном порядке. Сторона, считающая свои права нарушенными, имеет право заявить соответствующую письменную претензию нарушившей стороне.
- 6.5. Датой заявления претензии является дата почтового штемпеля (иной почтовой отметки) о вручении соответствующего отправления адресату, а в случае отсутствия адресата по адресу указанному в Договоре или возврату почтового отправления по иной причине в связи с невозможностью доставки или вручения – дата, указанная в почтовой квитанции соответствующего почтового отправления.
- 6.6. Претензия Пациента должна быть однозначно определена в качестве таковой, содержать описание допущенного нарушения (недостатка), нормы законодательства и положения Договора, на которых основаны требования, а также суть требований Пациента согласно законодательству Российской Федерации. К претензии должен быть приложен расчет суммы требования (реальный ущерб, пени, штраф и т.п.) и копии документов его обосновывающих (если применимо). Письмо, не соответствующее данным правилам, не считается претензией и Сторонами не рассматривается как начало процедуры урегулирования споров и разногласий Сторон.



- 6.7. Исполнитель в течение 10 дней с момента получения претензии Пациента обязан рассмотреть ее и пригласить Пациента на заседание врачебной комиссии. Пациент, в свою очередь, обязан в сроки, указанные Исполнителем, явиться на заседание врачебной комиссии – для рассмотрения сути возникших у Пациента претензий.

## **7. Заверения и гарантии.**

- 7.1. Своей подписью в настоящем Договоре Пациент подтверждает, что до момента заключения настоящего Договора Исполнитель: ознакомил Потребителя с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736; ознакомил Потребителя с действующим у Исполнителя прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке.
- 7.2. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту не выдаются. По письменному требованию Пациента (его законного представителя) предоставляется выписка из медицинской документации и копии соответствующих документов.
- 7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии здоровья Пациента, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны. Пациент дает согласие на фотопроколирование процесса лечения. Исполнитель (Клиника) вправе использовать и обнародовать изображения Пациента (в том числе фотографии полости рта и лица) в публикуемых Исполнителем (Клиникой) 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 и в сети «Интернет» без выплаты Пациенту вознаграждения. Настоящее согласие распространяется на все изображения (фотоснимки), полученные (сделанные) работниками и представителями Исполнителя (Клиники) в период предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору. Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения Пациента (в том числе полости рта и лица) целиком и фрагментами: воспроизводить, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, перерабатывать, доводить до всеобщего сведения. Полученные Исполнителем (Клиникой) фотоматериалы не будут использоваться для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными.
- 7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что в ходе оказания Услуг может выполняться фотосъемка (с целью фиксации результатов Услуг). Настоящим Пациент дает согласие на обработку и хранение биометрических персональных данных Пациента, полученных в процессе ведения фотосъемки.
- 7.5. В целях уведомления об услугах и акциях Клиники Пациент дает согласие на получение по почте, электронной почте и сотовой связи информации, связанной с оказанием Услуг. Настоящее согласие может быть отозвано путем письменного уведомления Исполнителя.
- 7.6. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с Правилами поведения пациентов в Клинике, с Правилами предоставления медицинских услуг, перечнем Услуг, сроками и стоимостью оказания Услуг.
- 7.7. Во исполнение положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях сохранения и защиты врачебной тайны пациентов и их персональных данных, на территории медицинской организации (во всех помещениях, включая подсобные помещения и коридоры) пациентам запрещается вести фото- и видеосъемку без предварительного согласования с уполномоченным представителем медицинской организации. Ведение фото- и видеосъемки иными лицами производится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации
- 7.8. Подписанием настоящего Договора Пациент (Заказчик), в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ № 152-ФЗ «О персональных данных» дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя (Клиники) своих персональных данных, включая фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, 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, СМС и сообщений в мессенджерах. В процессе оказания медицинской помощи Пациент (Заказчик) дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки, данные КТ исследований и сведения, составляющие врачебную тайну, персоналу Клиники в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом (Заказчиком) в письменном виде.
- 7.9. В случае опубликования Пациентом (Заказчиком), в том числе анонимно, в СМИ или в сети Интернет недостоверных сведений, касающихся оказания медицинских услуг Исполнителем (Клиникой), Пациент (Заказчик) предоставляет Исполнителю (Клинике) право опубликовать в том же или ином источнике опровержение.

## **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, 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 момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

- 9.2. Данный договор может быть заключен посредством использования сети «Интернет» на основании ознакомления Пациента с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора). Договор с Пациентом считается заключенным со дня оформления им соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору. Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Пациента (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя. При заключении договора Исполнитель представляет Пациенту подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет Пациенту получить информацию о заключенном договоре и его условиях. При заключении договора дистанционным способом отказ Пациента от договора может быть совершен также дистанционно.
- 9.3. Настоящий Договор подписан уполномоченными представителями Сторон в двух идентичных экземплярах, - по одному для каждой из Сторон. Все уведомления и сообщения в связи с настоящим договором должны направляться в письменной форме. Уведомления и сообщения будут считаться исполненными надлежащим образом, если они посланы по адресам электронной почты, указанным в разделе 10 настоящего договора, заказным письмом или доставлены лично по адресам Сторон, указанным в разделе 10 настоящего договора, с получением под расписку соответствующими должностными лицами.
- 9.4. Медицинские карты, планы лечения, анкеты о здоровье, информированные согласия, подписанные Пациентом, прейскурант на услуги, Положения, устанавливающие порядок поведения пациентов в клинике, предоставление гарантий, являются неотъемлемыми частями настоящего Договора. Все условия Договора рассматриваются в едином контексте с перечисленными документами.

## 10. Реквизиты и подписи Сторон:

**Исполнитель:**  
ООО «ГЛОСС»  
123022, г. Москва,  
ул. Рочдельская, д. 15, стр. 13  
ИНН 7729454189 КПП 770301001  
ОГРН 1157746252180  
Р/с № 40702810710000488905  
в АО "Тинькофф Банк", г. Москва  
К/с 30101810145250000974  
БИК 044525974  
E-mail: mail@orthoffice.ru  
**Представитель по доверенности**

\_\_\_\_\_/ Пронина М.Д.  
М.п.

**Пациент:**  
[CLIENTORREPRES.FULLNAME]  
Дата рождения: [CLIENTORREPRES.BDATE]  
  
паспорт № [CLIENTORREPRES.PASSP\_FULL]  
зарегистрирован(-а) по адресу: [CLIENTORREPRES.ADDR\_REG]  
Телефон: [CLIENTORREPRES.PHONE3]  
E-mail:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Один экземпляр настоящего Договора получен на руки.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ И ОСМОТРА

Я [CLIENTORREPRES.FULLNAME]

добровольно обращаюсь в ООО «ГЛОСС» (ОГРН 1157746252180), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **проведение консультации.**

Я получил(а) от лечащего врача \_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

Консультация проводится в целях:

- 1) профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;
- 2) принятия решения о необходимости проведения обследований, манипуляций, выбора методов лечения.

Мне разъяснено и понятно, что в ходе консультации врач может провести опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, термометрию (измерение температуры моего тела), тонометрию (измерение давления), антропометрические исследования.

Я осознаю, что в результате консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций других специалистов, которые будут выполнены только при условии получения моего согласия на их проведение.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне 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 Закона 323-ФЗ.

Я понимаю, что несообщение врачу сведений о состоянии моего здоровья, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья и результатах консультации.

Я понимаю, что должен(-на) информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы. **Сведения о выбранных мною лицах**, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Закона 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Я внимательно ознакомился с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Я принимаю решение приступить к лечению на вышеизложенных условиях.**

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

**Пациент/Законный представитель пациента:**

Дата: [Date] года

Подпись: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

**Врач:**

Дата: [Date] года

Подпись: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

## Согласие на обработку персональных данных (ПАЦИЕНТ)

город Москва

[date] года

Я [CLIENTORREPRES.FULLNAME], паспорт: [CLIENTORREPRES.PASPSER] [CLIENTORREPRES.PASPNUM] , выдан [CLIENTORREPRES.PASPPLACE] [CLIENTORREPRES.PASPDATE], проживающий(-ая) по адресу: [CLIENTORREPRES.ADDR\_REG], в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей и в своем интересе, даю информированное и сознательное согласие на обработку следующих персональных данных (далее – «Согласие»): 1. Биометрические персональные данные - сведения, которые характеризуют мои физиологические и биологические особенности, на основании которых можно установить личность: мои фото- и видеоизображения. Настоящим подтверждаю, что уведомлен(-а) о том, что в зданиях и помещениях Оператора в целях безопасности ведется непрерывное видеонаблюдение и осуществляется аудио- и видеозапись. 2. Персональные данные - фамилия, имя, отчество, пол, гражданство, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес места жительства (регистрации) и места пребывания, образование, профессия (специальность), место работы (учебы); идентификационный номер налогоплательщика; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о состоянии здоровья (степень расстройства функций организма, заболевания, дефекты, травмы); контактные данные (номер мобильного телефона, адрес электронной почты).

Настоящее Согласие дается мной **Обществу с ограниченной ответственностью «ГЛОСС»** (ОГРН 1157746252180), место нахождения: 123022, г. Москва, ул. Рочдельская, д. 15, стр. 13, именуемому далее «Оператор».

Настоящее Согласие дается мной в следующих целях: предоставления медицинских услуг; заключения с Оператором договоров, их исполнения, изменения и прекращения; ведения переписки и предоставления информации; ведения бухгалтерского, статистического учета и отчетности, делопроизводства, доставки почтовых отправлений; информационного обеспечения деятельности Оператора, в том числе создания и поддержания работы корпоративных порталов (сайтов) Оператора в сети Интернет; ведения и актуализации базы пациентов; проведения опросов, направленных на выявление удовлетворенности/неудовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг; информирования меня о предоставляемых Оператором медицинских услугах, проводимых мероприятиях и акциях.

Оператор вправе осуществлять автоматизированную обработку моих персональных данных, указанных в настоящем Согласии, их обработку без использования средств автоматизации, а также смешанную обработку таких данных, в том числе с передачей по внутренней информационно-телекоммуникационной сети, а также сети Интернет.

Настоящее Согласие предоставляется мной на осуществление Оператором любых действий в отношении персональных данных, перечисленных в настоящем Согласии, включая, но не ограничиваясь следующими: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Настоящее Согласие действует в течение неопределенного срока – до момента его отзыва в порядке, установленном настоящим Согласием. 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.

Я уведомлен(-а) о том, что в случаях и в сроки, установленные законодательством, Оператор уничтожит мои персональные данные. Дополнительное уведомление меня Оператором об уничтожении персональных данных предоставляется по моему письменному запросу. Подтверждаю, что я ознакомлен(-а) с «Политикой обработки персональных данных», действующей у Оператора, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество полностью

**Фамилия:** [CLIENT.CLIENTS\_LASTNAME]

**Имя:** [CLIENT.CLIENTS\_FIRSTNAME]

**Отчество:** [CLIENT.CLIENTS\_MIDNAME]

**Дата рождения:** [CLIENT.BDATE] г.

**Возраст:** [CLIENT.AGEINYEARS]

**Домашний адрес:** [CLIENT.ADDR\_FACT]

**Контактный телефон:** [CLIENT.PHONE3]

Поставьте галочку если Вас беспокоит:	Поставьте галочку если вы отмечали у себя:
<input type="checkbox"/> Кровоточивость при чистке зубов <input type="checkbox"/> Карисес, некачественные пломбы <input type="checkbox"/> Зубы требующие удаления <input type="checkbox"/> Зубной налет/ изменение цвета зубов <input type="checkbox"/> Необходимо протезирование зубов <input type="checkbox"/> Неровные зубы/неправильный прикус <input type="checkbox"/> Запах изо рта <input type="checkbox"/> Со слов пациента:	<input type="checkbox"/> Скрип зубами ночью (со слов окружающих) <input type="checkbox"/> Повышенный рвотный рефлекс <input type="checkbox"/> Щелчок в области сустава нижней челюсти (справа. слева) <input type="checkbox"/> Боль в области сустава нижней челюсти (справа, слева) <input type="checkbox"/> Травма зубов <input type="checkbox"/> Затрудненное носовое дыхание <input type="checkbox"/> Повышенная чувствительность зубов <input type="checkbox"/> Ранее проводилось ортодонтическое лечение (брекет-системой; пластинками; аппаратами) <input type="checkbox"/> Считаете ли Вы, что Ваше состояние серьезно? <input type="checkbox"/> Как бы Вы описали свое психологическое состояние: довольное грустное спокойное возбужденное самоконтроль недостаток самоконтроля ( нужное подчеркнуть)
<p>Есть в данный момент или были ранее симптомы/заболевания:</p> <input type="checkbox"/> Аллергия ( <input type="checkbox"/> лекарства; <input type="checkbox"/> пыль; <input type="checkbox"/> пыльца; <input type="checkbox"/> животные; <input type="checkbox"/> продукты питания). Как проявляется аллергия: _____. <input type="checkbox"/> Болезни органов дыхания (астма, туберкулез, синуситы) <input type="checkbox"/> Заболевания сердца (Инсульт, инфаркт, стенокардия хирургические вмешательства на сердце, ревматические поражения сердца, врожденные пороки сердца) <input type="checkbox"/> Заболевания нервной системы (эпилепсия, судороги, паралич, конвульсии) <input type="checkbox"/> Аутоиммунные заболевания (ревматизм и прочее) <input type="checkbox"/> Инфекционные и вирусные заболевания (герпес, гепатит (А, В, С), СПИД ) <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечные заболевания ( гастрит, панкреатит) <input type="checkbox"/> Нарушение свертываемости крови <input type="checkbox"/> Повышенное/пониженное давление. Какое: _____. <input type="checkbox"/> Большие операции в анамнезе; травмы; автоаварии. <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор, искусственный клапан сердца <input type="checkbox"/> Принимаете ли сейчас (или регулярно) какие-либо лекарственные препараты (Клексан, Эликвис, Ксарелто, Варфарин, другие антикоагулянты) Какие: _____ . Причина приема _____. <input type="checkbox"/> Беспокоят ли Вас боли, дискомфорт, отек мягких тканей, асимметрия лица, затрудненное открывание рта? <input type="checkbox"/> Переболели ли Вы новой коронавирусной инфекцией COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет. Если да, то назовите период когда Вы болели (месяц,год) _____. <input type="checkbox"/> Прошли ли Вы вакцинацию против новой коронавирусной инфекции COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет. <input type="checkbox"/> Проводился общий наркоз <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет. <input type="checkbox"/> Если ли какая иная информация, которая должна быть известна о вашем здоровье (если Да, укажите какая) _____	
<p>Последнее посещение врача-стоматолога: ____ . ____ . ____ Г.            Последнее прохождение проф.гигиены: ____ . ____ . ____ Г.</p>	

Пациент подтверждает, что ему известно о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «ГЛОСС», 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 Пациента.

Дата: \_\_\_\_ \_\_\_\_ 2024 г.

Анкета заполнена Пациентом, прочитана, подпись проставлена сознательно.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Основная жалоба:**

---



---



---



---



---

**Ожидания от консультации:**

---

---

---

**Ожидания от предстоящего лечения:**

---

---

---

---

---

---

Пациент подтверждает, что ему известно о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «ГЛОСС», 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 Пациента.

Дата: [Date] г

Анкета заполнена Пациентом, прочитана, подпись проставлена сознательно.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.