

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

- а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Своевременно оказать услуги при условии предварительного получения информированного добровольного согласия Потребителя на медицинское вмешательство.

3.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.

3.1.4. Предоставлять Потребителю информацию о результатах лечения, а также о возможных осложнениях и противопоказаниях.

3.1.5. Давать при необходимости по просьбе Потребителя разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

3.1.6. Предоставлять для ознакомления по требованию Потребителя выписку лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

3.1.7. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Потребитель обязуется:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на о вещественные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акт по выполненным работам и иные документы и Приложения к настоящему договору. В случае отказа от подписания документов Потребитель обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Явиться в клинику к назначенному времени приема врача и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Потребитель обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прейскурантом на стоматологические услуги на момент оказания услуги или авансом.

3.2.8. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.2. Направить Потребителя с его согласия к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.3. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания на прием к назначенному времени.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Потребителю не выдаются. Потребитель имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

7.2. Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, **дает не дает (выбрать)** свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, 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 Исполнителя по электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, контроля качества лечения. Потребитель уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопотоколирования этапов оказания платных медицинских услуг. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано потребителем в письменном виде.

7.3. Подписывая данный Договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения по оказанию гражданам медицинской помощи.

8. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Полная информация об условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи» на сайте www.ЭлигенсДентал.рф и на информационном стенде Исполнителя.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

9.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству РФ.

10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Элигенс Дентал»
 ОГРН 1185053012759
 ИНН/КПП 5031130200/503101001
 Юр.адрес: г.Ногинск, ул. Комсомольская 22А пом.4
 Банковские реквизиты:
 р/с №40702810506030000198
 Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г.Москве
 БИК 044525411
 Директор: Таисия Максимовна Бережна

Потребитель/Пациент: _____

 _____ (Ф.И.О.)
 Дата рождения « ____ » _____
 Паспорт серия ____ № _____
 Выдан _____

 _____ (кем выдан, дата выдачи)
 Зарегистрирован по адресу: _____

 (подпись Директора)

 (Подпись Потребителя/Пациента с расшифровкой)