

**Договор №**  
**о возмездном оказании медицинских (стоматологических) услуг**  
**для граждан, не достигших возраста 18 лет**

г.Екатеринбург

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника АВЕРОН», в лице **администратора** \_\_\_\_\_, действующего на основании **доверенности** \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны, и гражданин (ка) РФ, паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **Представитель**, являющийся законным представителем \_\_\_\_\_ не достигшего возраста 18 лет, именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Сведения об исполнителе и предмет договора**

**1.1. Сведения об Исполнителе:**

- 1.1.1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника АВЕРОН».
- 1.1.2. Адрес места оказания медицинских (стоматологических) услуг: 620146, г. Екатеринбург, ул. Фурманова, д. 125.
- 1.2. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ: Свидетельство серии 66 № 007015106 от 15.10.2012 года, выданное ИФНС по Ленинскому району г. Екатеринбурга.

**2. Предмет договора**

- 2.1. По настоящему договору **Исполнитель** обязуется оказать **Потребителю** платные медицинские (стоматологические) и дополнительные услуги на основании поручения **Представителя**, а **Представитель** обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.2. Настоящий договор определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг в соответствии с лицензией Министерства здравоохранения Свердловской области № Л041-01021-66/00349114 от 14.07.2016 года. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».
- 2.3. По требованию **Представителя** может быть составлен предварительный план лечения (смета) (далее по тексту – план лечения), в случае составления предварительного плана лечения (сметы) он является неотъемлемой частью настоящего договора.
- 2.4. Сроки оказания медицинских услуг зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей **Потребителя** и не могут быть заранее определены в момент подписания Сторонами настоящего договора.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель** обязан:

- 3.1.1. В порядке, определенном настоящим договором, надлежащим образом оказать медицинские (стоматологические) услуги (далее по тексту – медицинские услуги) **Потребителю**.
- 3.1.2. По согласованию с **Представителем** назначить для проведения обследования и/или лечения **Потребителя** компетентного специалиста (врача).
- 3.1.3. Осуществить в оговоренное с **Представителем** время обследования **Потребителя**.
- 3.1.4. Определить комплекс лечебных мероприятий, необходимых для достижения положительных результатов лечения.
- 3.1.5. Своевременно предоставить полную и достоверную информацию **Представителю** о результатах обследования **Потребителя**, о наличии у него заболевания (ий), его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними риске (ах), возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, преимуществах и недостатках различных планов лечения, применяемых материалах и стоимости услуг. В случае изменения плана лечения и стоимости лечения проинформировать **Представителя** и с его согласия предоставить дополнительную (ые) услугу (и), заключив с ним Дополнительное соглашение к настоящему договору и подписав Дополнительное соглашение о порядке и сроках оплаты стоматологических услуг (Дополнительный план лечения).
- 3.1.6. Внести сведения по результатам обследования о предварительном диагнозе, возможном плане лечения в медицинскую карту **Потребителя**.
- 3.1.7. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенными в медицинскую карту **Потребителя**, осуществить качественное лечение.
- 3.1.8. В случае непредвиденного отсутствия лечащего специалиста (врача) в день, назначенный для приема **Потребителя**, обеспечить, по согласованию с **Представителем**, лечение другим компетентным специалистом (врачом).
- 3.1.9. **Потребитель** обязуется в случае возникновения в течение сроков службы любых дефектов пломб, коронок или протезов, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских организаций.
- 3.1.10. Хранить конфиденциальность информации по настоящему договору (соблюдать врачебную тайну).
- 3.1.11. Предоставить **Потребителю** гарантийный срок на оказанные медицинские услуги в соответствии с «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Клиника АВЕРОН».
- 3.1.12. Гарантийный срок на протезы, коронки, вкладки составляет от 6 до 12 месяцев. Гарантийные сроки на пломбы из светоотверждаемых материалов и стеклоиономерного цемента составляют 12 месяцев, на любой поверхности временных (молочных) зубов – 6 месяцев.
- 3.1.13. Гарантийные обязательства действуют при условии соблюдения **Потребителем** следующих требований:  
-пройти весь курс лечения, протезирования с соблюдением рекомендаций врача;

Исполнитель \_\_\_\_\_

1

Представитель \_\_\_\_\_

-не проводить в других медицинских учреждениях коррекцию работы, выполненную **Исполнителем**, за исключением случаев, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи, при этом **Представитель** должен предоставить **Исполнителю** выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и другие результаты обследования и лечения, выполненные в других медицинских учреждениях.

3.1.14. Гарантийные обязательства не сохраняются при:

- в случае отказа потребителя от завершения лечения
- при несоблюдении рекомендаций врача
- при не соблюдении гигиены полости рта
- при неявке на очередной профилактический осмотр
- возникновении новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

3.1.15. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не является недостатками качества услуг, если другие оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

3.1.16. Уведомление **Потребителя** о дате и времени приема осуществляется посредством устного сообщения, телефонного звонка или СМС-информирования по контактному телефону, указанным **Потребителем (Представителем)** при заключении договора.

3.2. **Исполнитель** вправе:

3.2.1. Требовать от **Представителя** оплаты оказанных **Потребителю** услуг.

3.2.2. При отсутствии у **Исполнителя** технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий по настоящему договору, предложить **Потребителю** пройти дополнительные консультации и обследование у специалистов (врачей) иного медицинского профиля в иной специализированной медицинской организации.

3.2.3. Отказать **Потребителю** в оказании услуги при наличии у **Потребителя** противопоказаний для стоматологического вмешательства как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.

3.2.4. Отказать **Потребителю** в приеме в случае отказа **Представителя** засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием места жительства и паспортных данных.

3.2.5. В одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор при наличии следующих обстоятельств:

- при несоблюдении **Потребителем** требований и рекомендаций лечащего специалиста (врача) в период лечения, исключающим возможность исполнения возложенных на **Исполнителя** обязанностей по настоящему договору;

- неявке **Потребителя** в назначенный лечащим специалистом (врачом) день приема по неуважительным причинам. При этом **Исполнитель** возвращает **Представителю** уплаченные денежные средства за вычетом стоимости произведенных **Исполнителем** работ и стоимости израсходованных материалов.

3.3. **Представитель** обязан:

3.3.1. Являться на прием в строго назначенное время, при первом посещении при себе иметь паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. Информирование **Потребителя** о предстоящем приеме осуществляется за 24 часа путем телефонного звонка, сообщения посредством СМС либо WhatsApp. В случае отсутствия подтверждения **Потребителем** своего приема в течение 3 часов после информирования либо опоздания **Потребителя** более чем на 15 минут, **Исполнитель** оставляет за собой право в одностороннем порядке отменить прием, в том числе без назначения последующих приемов.

3.3.2. Предоставить необходимую для **Исполнителя** информацию о состоянии здоровья **Потребителя**, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут повлиять на качество предоставляемых **Исполнителем** услуг, определенных настоящим договором. Достоверно отразить информацию о состоянии здоровья **Пациента** в «Анкете о состоянии здоровья».

3.3.3. Ознакомиться с «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Клиника АВЕРОН», ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство.

Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого Пациента без гарантии качества со стороны лечащего врача.

3.3.4. Оплачивать стоимость услуг, до начала или непосредственно после их оказания согласно Прейскуранту **Исполнителя**, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.3.5. Выполнять все рекомендации лечащего специалиста (врача) и медицинского персонала **Исполнителя**, обеспечивающие качественное предоставление услуги **Потребителю**, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.3.6. Обеспечить соблюдение **Потребителем** гигиены полости рта.

3.3.7. Заявлять об обнаружении недостатков в процессе выполнения работ, отдельных этапов работ, при принятии работ, а также выполненных работ **Исполнителю**. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной работы, в течение гарантийного срока предъявлять требования **Исполнителю**, связанные с ее недостатками.

3.3.8. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между приемами у **Потребителя** незамедлительно извещать лечащего специалиста (врача) или администратора **Исполнителя**.

3.3.9. Потребитель обязуется в случае возникновения в течение сроков службы любых дефектов пломб, коронок или протезов, немедленно обратиться к **Исполнителю**, не прибегая к помощи других медицинских организаций.

3.3.10. При невозможности выполнения **Исполнителем** своих обязательств по настоящему договору, возникшей по вине **Потребителя**, оплатить **Исполнителю** стоимость фактически оказанных услуг.

3.3.11. **Представитель** обязан подписать направленный в его адрес **Исполнителем** Акт выполненных работ в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента получения данного Акта. По истечении установленного трехдневного срока, при неполучении ответа, работы считаются принятыми.

3.4. **Потребитель/Представитель** вправе:

3.4.1. При получении услуг от **Исполнителя** **Потребитель/Представитель** пользуется всеми правами, предусмотренными соответствующими положениями Гражданского кодекса РФ и иных нормативно-правовых актов РФ.

#### 4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется по установленному **Исполнителем** прейскуранту.

4.2. Оплата услуг производится **Представителем** в рублевом эквиваленте путем внесения денежных средств в кассу **Исполнителя**, либо путем безналичного расчета с использованием платежных карт, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, в размере 100 % непосредственно до или сразу после каждого посещения (в день посещения). В случае осуществления оплаты услуг путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя** непосредственно до каждого посещения. **Представитель** вправе внести авансовый платеж в счет оплаты медицинских услуг, при этом стоимость оказанных услуг будет определяться из расчета стоимости услуг на день их оказания и списываться из суммы внесенного **Представителем** авансового платежа.

4.3. При оказании услуг по протезированию и ортодонтии **Заказчик** обязан внести предоплату в размере не менее 50 % от стоимости услуг по плану лечения, сразу после снятия оттисков.

4.4. При длительном отсутствии **Потребителя** (более 30 календарных дней) зубы могут изменить свое положение, ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая конструкция будет неприменима и подлежит переделке. В этом случае протезирование проводится только после полной повторной оплаты всей работы.

4.5. При возникновении необходимости оказания дополнительной стоматологической (их) услуги (услуг), не предусмотренной (ых) настоящим договором, работа (ы) выполняет(ют)ся с согласия **Представителя** путем заключения Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

#### 5. Гарантии и ответственность сторон

5.1. **Исполнитель** несет ответственность в отношении услуги, на которую установлен гарантийный срок, если не докажет, что вредные последствия возникли после принятия работы **Потребителем** вследствие нарушения им правил пользования результатом выполненной работы, действиями третьих лиц.

5.2. **Исполнитель** не несет ответственности перед **Потребителем** в случае:

- возникновения у **Потребителя** в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера (рецидивов периодонтитов, повышения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и другое и т.п.), не связанных с нарушением **Исполнителем** лечебных технологий;

- возникновения осложнений по вине **Потребителя**: несоблюдение гигиены рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и др.;

- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению;

- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении у другого врача;

- если работа прекращена по инициативе **Потребителя** и лечение не завершено;

5.2.1. **Исполнитель** освобождается от ответственности, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения **Потребителем** предписаний специалиста (врача), правил пользования результатами оказанных стоматологических услуг по настоящему договору.

5.2.2. **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, побочных реакций при письменном отказе **Потребителя** от дополнительных обследований, необходимых для проведения лечения и предупреждения нежелательных результатов.

5.3. Гарантийные сроки устанавливаются **Исполнителем** с учетом индивидуальных особенностей лечения **Потребителя**. Гарантия действительна при условии обязательного профилактического осмотра каждые шесть месяцев действия гарантии, а также соблюдения всех назначений лечащего врача.

5.4. В случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации **Исполнитель** имеет право отказать **Потребителю** в гарантии на выполненную работу либо сократить сроки ее действия.

5.5. Сроки гарантии могут устанавливаться врачами **Исполнителя** индивидуально для каждого вида работ, о чем уведомляют **Потребителя** под роспись и делается соответствующая запись в амбулаторной карте. Эти сроки в зависимости от клинической ситуации могут расходиться со стандартными сроками гарантий, принятыми у **Исполнителя**.

5.6. Гарантия не предоставляется или прекращается в следующих случаях:

- неявки **Потребителя** в указанный срок или переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим **Потребителем**;

- на манипуляции, проведенные по настоянию **Потребителя**, но имеющие малую вероятность клинического успеха;

- на случаи последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.).

5.7. В случае, если медицинская услуга оказана с соблюдением необходимых требований, **Исполнитель** не несет ответственности за возникновение нижеуказанных побочных эффектов, поскольку медицинская технология оказания

медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность: аллергическая реакции на анестетики и используемые для лечения медицинские материалы, постпломбировочные боли после лечения осложненного кариеса, возможная пигментация реставрируемого зуба, временные рвотные позывы после установки ортопедической конструкции, дискомфорт или возникновение болезненных ощущений, частично убираемые последующими коррекциями, в начале пользования съемными протезами, возникновение побочных эффектов при несоблюдении правил гигиены, а также другие побочные эффекты, зависящие от индивидуальных особенностей Потребителя.

#### 5.8. Ответственность Потребителя:

5.8.1. Несоблюдение Потребителем указаний (рекомендаций) специалиста (врача), в том числе назначенного режима лечения может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Ответственность за последствия, вызванные несоблюдением Потребителем указаний специалиста (врача), несет непосредственно сам Потребитель.

5.8.2. При задержке оплаты оказанных услуг на срок более 7 (Семи) календарных дней без письменного согласования рассрочки с Исполнителем, Потребитель выплачивает Исполнителю по его требованию пени в размере 0,1 % от суммы долга за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Потребителя от оплаты оказанных услуг в полном объеме.

5.9. Претензии к эстетике реставрации (пломбы, виниры,кладки, и др.) после фиксации работы в полости рта и оплаты не принимаются.

5.10. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.11. Стороны освобождаются от ответственности по настоящему договору в случае, если его неисполнение связано с наступлением обстоятельств непреодолимой силы, изменением законодательства РФ, сменой власти и иных форс-мажорных обстоятельств.

### 6. Споры и разногласия

6.1. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, при неурегулировании споров – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

### 7.Дополнительные условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного календарного года. В случае если за 30 (Тридцать) календарных дней до окончания срока действия договора ни одна из сторон письменно не уведомит другую Сторону о своем намерении расторгнуть договор, договор считается (продлонгированным) продленным на следующий календарный год на аналогичных условиях.

7.2. Настоящий договор составляется в 2 (Двух) экземплярах; по одному для каждой стороны. Все экземпляры имеют равную юридическую силу.

7.3. В соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.06.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ Представитель/Потребитель подтверждает согласие на обработку ООО «Клиника АВЕРОН» его персональных данных в целях, предусмотренных законодательством.

7.4. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных: для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения Исполнителя не менее чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством.

7.5. Представитель Потребителя подтверждает, что все указанные в настоящем договоре данные верны, подтверждает, что следующий номер \_\_\_\_\_ является его номером телефона, выделенным оператором сотовой связи.

7.6. Согласие на получение информации по каналам связи:

Представитель Потребителя дает/не дает согласие на получение информации о времени приема специалистами Исполнителя в виде смс-сообщений, а также сообщений с помощью информационно-телекоммуникационного средства «WhatsApp» по номеру телефона указанному выше, Представитель Потребителя дает/ не дает согласие на обработку его персональных данных с целью направления ему указанной выше информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий.

7.7. Представитель Потребителя подтверждает, что он проинформирован и осведомлен о возможности и порядке получения бесплатной медицинской стоматологической помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования граждан в других лечебно-профилактических учреждениях и согласен на получение платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

7.8. Представитель Потребителя подтверждает, что до заключения настоящего Договора был проинформирован о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя и его работников, в том числе назначенного режима лечения, которые могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

7.9. Представитель Потребителя подтверждает, что ознакомлен с «Правилами предоставления платных медицинских стоматологических услуг в ООО «Клиника АВЕРОН», «Правилами поведения пациентов в стоматологической клинике» \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

7.10. Представитель Потребителя подтверждает, что ознакомлен с «Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Клиника АВЕРОН» - \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

7.11. **Представитель Потребителя** выражает свое согласие на то, что на территории Исполнителя осуществляется видеонаблюдение и хранение записей видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

#### 8. Адреса и реквизиты сторон

**Исполнитель:**

**ООО «Клиника АВЕРОН»**

ИНН 6671404563 КПП 667101001

ОГРН 1126671017703

620146 г.Екатеринбург, ул. Фурманова,125, пом. 1

р/с 40702810900630006431

к/с 30101810145250000411

БИК 044525411, Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО), Москва