

## Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер выдан \_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями ст.6 и ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе, сознательно принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, а именно: паспортных данных, контактного номера телефона, адреса электронной почты (при наличии), а так же информацию о платежах произведенных за услуги предоставленные \_\_\_\_\_ и даю информированное добровольное согласие на их обработку ООО «Асгард Мед», 197082, г. Санкт-Петербург, ул. Оптиков, дом 51, кор.1 лит. А, помещение 40Н (далее оператор персональных данных), в целях оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Предоставляю право осуществлять любые действия (операции) в отдельности или в совокупности, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать (распространять, предоставлять, осуществлять доступ) мои персональные данные, другим должностным лицам, в интересах обследования и лечения представляемого мною лица. Оператор персональных данных вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС.

Мне разъяснено и понятно, я не возражаю на передачу своих персональных данных иным субъектам, в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и в целях, не противоречащих целям медицинской организации.

Настоящее заявление дается мною бессрочно, и в соответствии с п.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» может быть отозвано путем подачи заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных на имя главного врача оператора обработки данных.

(Ф. И. О. законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

(подпись)

Число \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

## Согласие на обработку персональных данных Потребителя

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер выдан \_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_ на основании ст.79 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с требованиями ст.6 и ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своем интересе, сознательно принимаю решение о предоставлении моих персональных данных, включенных в перечень ст.94 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (приведены на стенде в регистратуре, с которым я ознакомился), а так же контактный номер телефона и адрес электронной почты (при наличии) и даю информированное добровольное согласие на их обработку ООО «Асгард Мед», 197082, г. Санкт-Петербург, ул. Оптиков, дом 51, кор.1 лит. А, помещение 40Н (далее оператор персональных данных), в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных будет осуществляться лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Предоставляю право осуществлять любые действия (операции) в отдельности или в совокупности, совершаемые с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать (распространять, предоставлять, осуществлять доступ) мои персональные данные, в том числе содержащие сведения составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения. Оператор персональных данных вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС.

Мне разъяснено и понятно, я не возражаю на передачу своих персональных данных иным субъектам, в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и в целях, не противоречащих целям медицинской организации.

Настоящее заявление дается мною бессрочно, и в соответствии с п.2 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» может быть отозвано путем подачи заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных на имя главного врача оператора обработки данных.

(Ф. И. О. гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

(подпись)

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер выдан \_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, являющийся законным представителем \_\_\_\_\_ г. рождения, подписавшего данное согласие, ознакомлен с его содержанием и в соответствии с п.1 ст. 26 ГК РФ даю свое письменное согласие на заключение данного согласия несовершеннолетним.

(Ф. И. О. законного представителя гражданина)

(подпись)

Число \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия номер выдан \_\_\_\_\_ зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в **ООО «Асгард Мед», 197082, г. Санкт-Петербург, ул. Оптиков, дом 51, кор.1 лит. А, помещение 40Н.**

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина)

(подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. медицинского работника)

(подпись)

\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ №

г. Санкт-Петербург

Число \_\_\_\_\_ г.

ООО «Асгард Мед», свидетельство о присвоении ОГРН 1137847484774 выдано Межрайонной инспекцией ФНС России № 15 по Санкт-Петербургу 13.12.2013 г. В лице Генерального директора Зубова М.А., действующего на основании Устава и Лицензии № ЛО - 78 - 01-009396 от 26ноября 2018г., выданной Комитетом по Здравоохранению г. Санкт-Петербурга (191023, г. Санкт-Петербург, ул. Садовая, д.1, тел.: 635-55-63) на осуществление медицинской деятельности по оказанию первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, организовывать и осуществлять следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; ортодонтии; остеопатии; рентгенологии; рефлексотерапии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; физиотерапии; функциональной диагностике; челюстно-лицевой хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия номер выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», и \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт серия номер выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор.

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Потребителю в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Заказчик – оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ООО «Асгард Мед» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. №1006«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя и Заказчика получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору Потребителя, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Потребителя, после предварительного собеседования и осмотра Потребителя, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его Информированное добровольное согласие, вместе с Потребителем составляет Предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с предварительным планом лечения.

2.3. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия, графика визитов Потребителя, расписания работы врача и указывается в Предварительном плане лечения.

2.4. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который по желанию одной из сторон составляется обязательно письменно и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.5. Услуги по данному договору могут быть оказаны без составления письменного предварительного финансового плана лечения (сметы), по объему и по стоимости согласованы между Исполнителем, Потребителем и Заказчиком устно. Факт оказания Потребителю услуг означает согласие Заказчика на устное согласование сметы.

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

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Потребителя.

3.1.2. Ознакомить Потребителя с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Потребителя и Заказчика (ор изменение стоимости услуги) и предоставить дополнительные услуги с их согласия.

3.2. Потребитель обязан:

3.2.1. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.2. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Потребителя, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.3. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Потребитель обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив (Заказчик) фактически понесенные Исполнителем затраты.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, объем и стоимость лечения.

3.3.2. Направлять Потребителя в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги (см. пункт 8).

3.3.4. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг при несогласии Потребителя с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Потребителю медицинскую услугу.

3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию о стоимости оказанных Потребителю услуг.

3.4.2. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.

### 4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Заказчик производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт международных платежных систем. В подтверждение оплаты услуг Заказчику выдается соответствующий фискальный документ.

4.2. Заказчик согласен оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме 50% стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.3. Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания, по предварительной договоренности Сторон.

4.4. При досрочном расторжении Договора аванс возвращается Заказчику в течение 10 банковских дней с момента получения Исполнителем письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем убытков.

4.5. При неоплате Заказчиком стоимости оказанных медицинских услуг без письменного согласования рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Заказчик оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Заказчика от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не начисляется.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности в случае предъявления претензий Потребителя по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу или после изготовления в другой клинике стоматологического изделия, способного прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию.

5.3. Нарушения Потребителя правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Потребителя более чем на 15 минут или неявка на лечебный прием, на профилактический или контрольный осмотр без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций лечащего врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Договора, являются основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

## 6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами устно или письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Потребителю не выдаются. По письменному требованию Потребителя ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Подписывая настоящий договор, Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг (ведение фотопотокола), разрешая при этом передачу информации о состоянии своего здоровья, содержащиеся в медицинской карте, врачам, проводящим оценку качества, а также организациям, оказывающим правовую поддержку в конфликтных ситуациях, с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.5. Подписывая данный Договор, Заказчик и Потребитель подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения (в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), ознакомлены и согласны с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью, с «положением о гарантиях».

7.6. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами договора.

7.7. Настоящим Заказчик и Потребитель выражают свое согласие на получение от Исполнителя информационных материалов, связанных с продвижением товаров и услуг Исполнителя, путем осуществления прямых контактов с использованием всех средств связи, включая, но не ограничиваясь: почтовая рассылка, СМС-рассылка, голосовая рассылка, рассылка электронных писем.

## 8. СРОКИ ДЕЙСТВИЙ ГАРАНТИЙНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ, УСТАНОВЛЕННЫЕ ИСПОЛНИТЕЛЕМ:

8.1. на эстетико-функциональную реставрацию зуба (изменение формы зуба, закрытие трем, диастем, изготовление виниров) – 2 года;

8.2. на постановку пломбы – 2 года;

8.3. на эндодонтическое лечение (пломбирование каналов) – 2 года;

8.4. на несъемные зубные протезы – 2 года;

8.5. на съемные зубные протезы (пластиночные, бюгельные, нейлоновые) – 2 года, на капу для лечения дисфункции вич ортодонтические съемные аппараты – 6 мес.;

8.6. на установку имплантатов импортного производства – 2 года;

8.7. на любые временные конструкции – 2 месяца

8.8. на лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя – 1 мес.

## 9. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СОХРАНЯЮТСЯ ПРИ СОБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОМ СЛЕДУЮЩИХ УСЛОВИЙ:

9.1. Выполнять все назначения и предписания лечащего врача.

9.2. Соблюдать гигиену полости рта.

9.3. 1 раз в 6 месяцев посещать ООО «Асгард Мед» для прохождения профилактического осмотра полости рта, при необходимости снятия зубных отложений, полировку пастами и профилактическое фторирование.

9.4. Дополнительно посещать ООО «Асгард Мед» для профилактического осмотра в сроки, назначаемые лечащим врачом.

9.5. При возникновении дискомфорта обращаться в ООО «Асгард Мед» для проведения необходимой коррекции выполненной работы.

9.6. В случае оказания неотложной помощи в других лечебных учреждениях предоставить выписку о проведенном лечении. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Потребителем условий настоящего Договора. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы стоматологических конструкций Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на информационном стенде.

## 10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА:

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору или после расторжения любой из Сторон в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

10.2. Ежегодно происходит автоматическая пролонгация договора.

### Исполнитель

ООО «Асгард Мед» г. Санкт-Петербург, ул. Оптиков,  
дом 51, корпус 1, Лит. А, помещение 40Н.

Тел.: 617-05-05, +7 8129388712

E-mail: [asgardmed@yandex.ru](mailto:asgardmed@yandex.ru)

ИНН/КПП 7814595864/781401001197082

Р/сч. 407028103904300001022

ОГРН 1137847484774 ОКПО 32001283

ОКАТО 40270562 000

ОАО «Банк Санкт-Петербург»

Генеральный директор/ М.А. Зубов / \_\_\_\_\_  
М.П.

### Заказчик

Ф.И.О.:

паспорт /

выдан:

зарегистрированный по адресу:

### Потребитель

Ф.И.О.:

паспорт /

выдан:

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись