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 предоставление 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.) (подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника) (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. пациента) (подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника) (подпись)

Число _____ 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, зарегистрированный по адресу: , паспорт серия номер выдан , зарегистрированный по адресу: , выступающий одновременно в роли Заказчика и Потребителя, именуемый в дальнейшем "Пациент" , 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 Заказчика, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием Заказчика, 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 Заказчика и получает его Информированное добровольное согласие, вместе с Заказчиком 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, Заказчиком устно. Факт оказания Потребителю услуг означает согласие Заказчика на устное согласование сметы.

2.6. До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Заказчика 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 Заказчика 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 Заказчика с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Заказчика и предоставить дополнительные услуги с его согласия.

3.2. Потребитель/Заказчик 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 и/или Заказчика, 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, Заказчик обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив 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 Заказчика 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 (с согласия Заказчика) 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 результатах проводимого лечения, состоянии здоровья Потребителя, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получить выписку из медицинской документации Потребителя, описание и копии результатов обследований.

3.4.3. 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, таки 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 насчитывается.

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 Заказчика по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу или после изготовления в другой клиники 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 Заказчиком 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 Заказчику не выдаются. По письменному требованию Заказчика ему может предоставляться их копия или выписка.
7.3. Подписывая настоящий договор, Заказчик наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг (ведение фотопротокола), разрешая при этом передачу информации о состоянии здоровья Потребителя, 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 подтверждает, что делает 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), ознакомлен и согласен 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 выражает 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 – 2года;
8.5. на съемные зубные протезы (пластиночные, бюгельные, нейлоновые) – 2 года, на каппу для лечения дисфункции внчс 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 СОБЛЮДЕНИИПАЦИЕНТОМ СЛЕДУЮЩИХУСЛОВИЙ:

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 снятие 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.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯДОГОВОРА:

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, либо достижения Потребителем. 15 лет.
10.2.Ежегодно происходит автоматическая пролонгация договора. По достижению Потребителем 15 лет , договор расторгается.

Исполнитель	**Заказчик**
ООО «Асгард Мед» г. Санкт-Петербург, ул. Оптиков, дом 51, корпус 1, Лит. А, помещение 40Н.	Ф.И.О.:
Тел.: 617-05-05, +7 8129388712	паспорт серия /
E-mail: asgardmed@yandex.ru	выдан:
ИНН/КПП7814595864/781401001197082	зарегистрированный по адресу:
Р/сч. 40702810390430000102 2	
ОГРН 1137847484774 ОКПО 32001283	
ОКАТО 40270562 000	_____
ОАО «Банк Санкт-Петербург»	М.П.
Генеральный директор / М.А. Зубов /_____	