(ОБРАЗЕЦ)

ДОГОВОР № _____/2026
на оказание платных медицинских стоматологических услуг

г. Саратов «__» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"», именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Директора Лыкова Анатолия Константиновича, действующего на основании Устава, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-64-01-004756 от 05.03.2020 г., выдана Министерством здравоохранения Саратовской области, с одной стороны, и

Гражданин(ка)_____
_____, либо Гражданин(ка), отказавшийся(ая) от предоставления паспортных данных в связи с получением медицинских услуг на условиях анонимности, чьи персональные данные (фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения) зафиксированы Исполнителем исключительно со слов Потребителя, именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, или

Гражданин(ка)_____
_____, именуемый в дальнейшем **«Заказчик»,** действующий(ая) как законный представитель/по поручению Потребителя, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ТЕРМИНЫ

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:
«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем на возмездной основе за счет личных средств граждан (или средств Заказчика);
«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично;
«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, заказывающее платные медицинские услуги в пользу Потребителя;
«Исполнитель» - ООО «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"».
1.2. Настоящий договор заключается в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее - Услуги), а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные Услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим у Исполнителя Прейскурантом.
Если Заказчик не совпадает с Потребителем, под термином "Заказчик" в настоящем Договоре понимается лицо, обязующееся оплатить услуги. Ответственность за соблюдение медицинских предписаний несет исключительно Потребитель.
2.2. Перечень согласованных Сторонами Услуг, их стоимость, сроки оказания и тип сметы определяются в Медицинском плане-смете (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.
2.3. Срок предоставления конкретной платной медицинской услуги устанавливается в Приложении № 1.

2.4. Оказание Услуг осуществляется по адресу: 410018, Россия, г. Саратов, ул. Фёдоровская, д. 4, помещение 9.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказать квалифицированные платные медицинские услуги в соответствии с лицензией, требованиями законодательства РФ, порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

3.1.2. Исполнитель обязан передавать сведения об оказанных Потребителю платных медицинских услугах в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) посредством интегрированных медицинских информационных систем в порядке и сроки, установленные Министерством здравоохранения РФ (в течение 24 часов со дня формирования соответствующего медицинского документа).

3.1.3. Исполнитель обязан уведомлять Потребителя о факте, порядке и сроках направления сведений о нем в ЕГИСЗ в соответствии с требованиями законодательства РФ. Обработка персональных данных Потребителя (в том числе специальных категорий) и их передача оператору ЕГИСЗ осуществляется на основании отдельного письменного Согласия на обработку персональных данных, оформляемого в виде приложения (Приложение №2) к настоящему Договору.

3.1.4. Исполнитель обязан до начала проведения любого медицинского вмешательства получить от Потребителя (или его законного представителя) оформленное на бумажном носителе или в электронном виде Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.1.5. Предоставить Потребителю по его требованию информацию о состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, связанном риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, а также об используемых лекарственных препаратах и изделиях.

3.1.6. При возникновении необходимости выполнения дополнительных платных услуг, не предусмотренных Приложением № 1, предварительно уведомить об этом (Потребителя/Заказчика) до начала их оказания.

3.1.7. Предупредить (Потребителя/Заказчика) 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 здоровья Потребителя.

3.1.8. Соблюдать врачебную тайну и требования к оформлению медицинской документации.

3.1.9. До заключения Договора письменно уведомить Потребителя о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

3.2. **Исполнитель вправе:**

3.2.1. Требовать от Потребителя соблюдения графика посещений, назначений врача и правил внутреннего распорядка клиники.

3.2.2. Отказаться от исполнения Договора при неисполнении Потребителем медицинских предписаний, предварительно зафиксировав фактически понесенные расходы.

3.3. **(Потребитель/Заказчик) обязуется:**

3.3.1. Оплатить Услуги в сроки и в порядке, определенные разделом 4 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю полные и достоверные сведения о своем здоровье, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и противопоказаниях.

3.3.3. Строго выполнять медицинские предписания и сообщать врачу о любых изменениях в самочувствии.
3.4. **(Потребитель/Заказчик) имеет право:**
3.4.1. Получать информацию о ходе оказания Услуг и состоянии своего здоровья.
3.4.2. Получить у Исполнителя копии медицинских документов и выписки из них без взимания дополнительной платы.
3.4.3. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость Услуг определяется согласно действующему у Исполнителя Прейскуранту и фиксируется в Приложении № 1.
4.2. Оплата стоимости оказанных Услуг производится Потребителем непосредственно после их оказания в день соответствующего визита согласно объему выполненных работ.
4.3. По требованию (Потребителя/Заказчика) или инициативе Исполнителя составляется смета. Смета может быть твердой или приблизительной. Если возникла необходимость превысить приблизительную смету, Исполнитель обязан своевременно предупредить об этом (Потребителя/Заказчика).
4.4. Расчеты производятся в рублях РФ наличными через кассу с применением ККТ или безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя.
4.5. По заявлению Заказчика и (или) Потребителя (при наличии согласия последнего) Исполнитель выдает документы для налогового вычета: копию договора, справку об оплате медицинских услуг установленного образца. В случае оказания медицинских услуг на условиях анонимности, документы для получения налогового вычета Исполнителем не оформляются и не выдаются в связи с невозможностью идентификации налогоплательщика и непредставлением персональных данных, обязательных для заполнения отчетных форм в соответствии с законодательством РФ о налогах и сборах.

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ УСЛУГ СВЕРХ ПЛАНА

5.1. Платные медицинские услуги в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств сверх объема, предусмотренного Приложением № 1, оказываются по письменной просьбе Потребителя.
5.2. Просьба об оказании дополнительных услуг оформляется в виде отдельного Согласия на увеличение объема платных медицинских услуг (дополнительного соглашения к плану-смете), которое подписывается Потребителем (и Заказчиком, если он выступает стороной договора). Данная форма является исключительно финансово-расчетным документом, подтверждает согласие на изменение стоимости лечения и не заменяет собой Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство, которое оформляется лечащим врачом непосредственно перед процедурой.
5.3. Изменение плана лечения в сторону уменьшения объема медицинских услуг, отказ от ранее согласованных манипуляций или замена одних медицинских услуг другими (в том числе по медицинским показаниям, выявленным в процессе лечения) допускаются только по взаимному согласию Сторон. Такое изменение оформляется путем подписания Сторонами новой редакции Медицинского плана-сметы (Приложение № 1) либо Дополнительного соглашения к настоящему Договору.
5.4. Изменение объема фиксируется лечащим врачом в медицинской карте пациента и заверяется подписями Сторон. Оплата производится строго за объем фактически выполненных манипуляций согласно Прейскуранту на дату визита.

6. ДИСТАНЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

6.1. Настоящий Договор заключается исключительно путем личного присутствия Потребителя (или законного представителя) в помещении Исполнителя. Обмен скан-

копиями документов посредством электронной связи не допускается и не является надлежащим способом заключения Договора.
6.2. Потребитель (Заказчик) вправе направлять Исполнителю заявления, уведомления, запросы о предоставлении медицинской документации и досудебные претензии дистанционным способом.
Срок рассмотрения и ответа на такие обращения составляет не более 10 (десяти) календарных дней со дня их получения Исполнителем (для финансовых требований согласно ст. 31 ЗоЗПП) или 30 (тридцати) календарных дней (для прочих обращений). Датой получения считается дата фиксации письма в журнале входящей корреспонденции либо дата поступления электронного письма на сервер Клиники.
6.3. Официальным каналом для приема электронных обращений Потребителя (Заказчика) является адрес электронной почты Исполнителя, указанный в Разделе 11 настоящего Договора. Обращения, направленные на данный адрес, признаются Сторонами имеющими юридическую силу. Срок рассмотрения и ответа на такие обращения составляет не более 30 (тридцати) календарных дней со дня их получения Исполнителем.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Изменение объема Услуг оформляется дополнительным соглашением или новой версией Приложения № 1.
7.2. Потребитель и (или) Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
7.3. Фактические расходы подтверждаются документально актом списания материалов и расчетом трудозатрат специалистов.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. За неисполнение обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.
8.2. Исполнитель не несет ответственности за недостижение ожидаемого эстетического результата, если это связано с индивидуальными анатомическими особенностями организма Потребителя, при условии качественного выполнения манипуляции.
8.3. Гарантийные сроки на терапевтическое лечение составляют 12 месяцев, на ортопедические конструкции 12 месяцев (указываются в акте выполненных работ/плане лечения).

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны обязуются соблюдать режим врачебной тайны и конфиденциальности персональных данных в соответствии с ФЗ-152 «О персональных данных» и ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Настоящий Договор составляется:
- в двух экземплярах, если Заказчик и Потребитель совпадают в одном лице (по одному для Исполнителя и Стороны);
- в трех экземплярах, если Заказчик действует в интересах Потребителя и не совпадает с ним в одном лице (по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя);
- в двух экземплярах в случае оформления услуг на условиях анонимности (по одному для Исполнителя и Заказчика).
10.2. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659.
10.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются: Приложение № 1 (Медицинский план-смета) и Приложение № 2 (Согласие на обработку персональных данных и передачу сведений в ЕГИСЗ).

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"»

ИНН: 6450946078 КПП: 645001001 ОГРН: 1116450000941
Юр. адрес: 410018, Россия, г. Саратов, ул. Фёдоровская, д. 4, помещение 9 Тел.: 8 (8452) 21-75-75 E-mail: **dr.stomsaratov@yandex.ru**
Банк: ПОВОЛЖСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК, БИК: 043601607
р/с: 40702810456000001360
к/сч: 30101810200000000607

Директор _____ / А.К. Лыков./

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК):
[ ] Оформление в стандартном порядке (по паспорту)
[ ] Оформление на условиях анонимности (выбрано Потребителем)

ФИО: _____
(при анонимном приеме указывается полностью исключительно со слов Потребителя)

Дата рождения_____
(заполняется во всех случаях, при анонимном приеме — со слов Потребителя),

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан:_____
(данное поле не заполняется при выборе условий анонимности)

Адрес регистрации: _____
(данное поле не заполняется при выборе условий анонимности)

Телефон: _____

Настоящим подтверждаю, что при выборе условий анонимности все вышеуказанные данные зафиксированы Исполнителем исключительно с моих слов, а документы, удостоверяющие личность, мной умышленно не предоставлены на основании моего законного права.

Подпись Потребителя (Заказчика): _____ /_____ /

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 к Договору
№ ___ от «_ __» _____ 202___ г.

МЕДИЦИНСКИЙ ПЛАН-СМЕТА № ____ от «_ __» _____ 202___г.

Исполнитель: ООО «Стоматологическая клиника «Доктор Стом»»
Потребитель:_____Заказчик: _____

№	Код НМУ Наименование услуг	Ед. измерения	Кол-во	Стоимость услуги, руб.	Сумма, руб.
	ИТОГО:				

УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

Тип сметы:

[ ] **Твердая** *(цена изменению не подлежит, кроме случаев изменения объема услуг по соглашению Сторон).*
[ ] **Приблизительная** *(цена может быть скорректирована в ходе лечения в связи с уточнением диагноза).*

Срок оказания медицинских услуг по настоящему Плану-смете:

с «____» _____ 202___ г. по _____«____» _____ 202___ г.

1. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с настоящим Медицинским планом-сметой, согласен с наименованием, кодами, объемами, стоимостью и сроками оказания медицинских услуг. Данный План-смета носит информационный характер. Итоговая стоимость каждой услуги определяется объемом фактически выполненных манипуляций по ценам Прейскуранта, действующим на дату оказания услуги.
2. Потребитель (Заказчик) уведомлен, что в ходе оказания услуг может возникнуть необходимость проведения дополнительных манипуляций, не предусмотренных настоящим Планом-сметой, которые оплачиваются отдельно после подписания Дополнительного соглашения.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель: _____ / _____ /

М.П.

Заказчик/Потребитель: _____/_____/

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 к Договору № ___
от «___» _____ 202___ г.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПОТРЕБИТЕЛЯ/ЗАКАЗЧИКА) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ В ЕДИНУЮ ГОСУДАРСТВЕННУЮ ИНФОРМАЦИОННУЮ СИСТЕМУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЕГИСЗ)

г. Саратов «___» _____ 202_ г.

Я,
_____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (или «Заказчик»), свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"» (ООО «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"»), ИНН 6450946078, расположенному по адресу: 410018, г. Саратов, ул. Фёдоровская, д. 4, пом. 9 (далее - Оператор), на обработку моих персональных данных и передачу сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

1. Цель обработки и передачи данных Соблюдение требований законодательства РФ (ст. 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ), передача статистической отчетности, ведение электронной медицинской карты, осуществление информационного взаимодействия с государственными системами мониторинга оказания медицинской помощи.

2. Перечень обрабатываемых персональных данных

- Фамилия, имя, отчество;
- Дата рождения;
- Пол;
- Данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- Адрес регистрации и фактического проживания;
- Номер телефона, адрес электронной почты;
- Сведения о состоянии здоровья, фактах обращения за медицинской помощью, диагнозах, результатах обследований и лечения (сведения специальной категории).

3. Особенности предоставления данных при анонимном лечении

[ ] Отметьте этот пункт, если вы получаете услуги на условиях анонимности (выбрано в разделе «Потребитель» основного Договора):

Я подтверждаю, что получаю медицинские услуги на условиях анонимности. Настоящим я даю согласие на формирование и передачу сведений об оказанных мне услугах в ЕГИСЗ в обезличенном виде. Я уведомлен(а), что в этом случае в федеральные реестры вместо моих ФИО и паспортных данных будет передан уникальный идентификационный код пациента (ID), присвоенный клиникой. Передача моих полных ФИО и адреса регистрации в ЕГИСЗ в данном случае не производится.

4. Действия с персональными данными Оператор вправе осуществлять следующие действия: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) оператору ЕГИСЗ,

обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Передача сведений в ЕГИСЗ осуществляется исключительно посредством защищенных каналов связи через интегрированные медицинские информационные системы в течение 24 часов с момента формирования медицинского документа.

5. Срок действия согласия Настоящее согласие действует до достижения целей обработки, но не менее 5 лет после прекращения действия Договора (в соответствии со сроком хранения медицинской документации), либо до момента отзыва настоящего согласия мною.

6. Порядок отзыва согласия Я понимаю, что отзыв данного согласия может повлечь за собой невозможность дальнейшего ведения моей электронной медицинской карты в государственных системах, а также отказ Оператора в дистанционном предоставлении копий медицинских документов, требующих идентификации личности через государственные порталы. Отзыв согласия осуществляется путем направления письменного уведомления Оператору.

7. Подтверждение информирования Я подтверждаю, что мне разъяснены мои права, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Мне разъяснено, что обработка специальных категорий данных (о здоровье) необходима для обеспечения качественного и безопасного оказания медицинской помощи.

Подписи сторон:

Оператор: Директор ООО «Стоматологическая клиника "Доктор Стом"»

_____/ А.К. Лыков / М.П.

Пациент (Заказчик):_____/_____/