До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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 (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
(_____)

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Краснодар сентября 2026 г.

Пациент (Потребитель) _____,
_____, _____
Телефон: +7 ( ) e-mail: _____
и ООО «Дентал Лофт» (ОГРН 1192375019671, ИНН 2309170604) в лице Генерального директора Тарановой Екатерины Леонидовны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01126-23/00347387 от 28.02.2020 г., выданной Департаментом здравоохранения Краснодарского края (г.Краснодар, ул. Новокузнечная, 67, тел. 259-70-27) на осуществление медицинской деятельности по амбулаторно-поликлинической, в том числе специализированной медицинской помощи по ортодонтии, стоматологии, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, стоматологии детской, доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель» (сайт: dental-loft.ru),** далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель обязуется по желанию Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать ему платные стоматологические услуги, согласованные с Пациентом и направленные на достижение цели договора, а Пациент обязуется оплатить предоставленные услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Сроки оказания услуг определяются индивидуальным Планом лечения. Стороны пришли к соглашению, что при каждом последующем после заключения настоящего договора обращении Пациента к Исполнителю, стороны будут руководствоваться условиями настоящего договора. При каждом обращении будет оформляться Смета на оказание медицинских услуг, с указанием даты ее оформления.
1.2 Целью оказания услуги является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
1.3. Достижение цели договора зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие исполнителю в оказании качественных медицинских услуг, согласно п. 2.1. договора.
1.4. При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), информация о которых предоставлена Пациенту в доступной форме при заключении настоящего договора. Также Пациенту в доступной форме предоставлена информация о том, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
1.5. Оказание медицинских услуг осуществляется специалистами, указанными в Смете к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Пациента.
1.6. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает:
- что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- что он уведомлён о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:
2.1.1. Оказать Пациенту стоматологические услуги, указанные в Смете на оказание стоматологических услуг, являющейся неотъемлемой его частью договора.
2.1.2. При оказании платных медицинских услуг применять порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации, информация о которых по требованию Пациента предоставляется ему в доступной форме. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
2.1.3. Обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
2.1.4. Ознакомить Пациента с планом лечения, средними сроками оказания услуг и методами лечения (зубопротезирования), связанными с ними рисками, последствиями, целями, альтернативными методами лечения (зубопротезирования), показаниями и противопоказаниями к лечению (зубопротезированию), стоимостью оказания стоматологических услуг до начала лечения, а также в доступной форме довести до сведения Пациента другую информацию об Исполнителе и оказываемых им услугах с целью реализации прав Пациентом возможности их правильного выбора. Примерный срок оказания услуги указывается в плане лечения, согласованном с пациентом.
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Самостоятельно определить план и объем, методы лечения (зубопротезирования) и согласовывать его с Пациентом. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору.
2.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача Пациента в день назначенного лечения, заменить лечащего врача.
2.2.3. Требовать от Пациента исполнения правил внутреннего распорядка для потребителей и посетителей Исполнителя
2.2.4. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему договору.
2.3. Пациент обязан:
2.3.1. Оказывать содействие Исполнителю в оказании качественной медицинской помощи и надлежащему исполнению договора. Применительно к специфике медицинской услуги такими действиями является предоставление необходимой

объективной и полной информации на всех этапах диагностики, профилактики, и лечения о состоянии своего здоровья, перенесенных или имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, существующих аллергических реакциях на лекарственные средства и медицинские изделия, всех имеющихся противопоказаниях к медицинским вмешательствам и принимаемых лекарственных средствах. Пациент заверяет, что предоставленная им при опросе врача информация является достоверной.
2.3.2. Являться на прием в назначенное Исполнителем и согласованное с Пациентом время. Уведомлять Исполнителя о невозможности явки в согласованное заранее время не позднее, чем за 2 часа до назначенного времени
2.3.3. Точно выполнять назначенные Исполнителем рекомендации: профилактические и лечебные мероприятия, в том числе соблюдать все предписания после оказания услуг, включая контрольно-профилактические осмотры.
2.3.4. Бережно относится к результату оказанных стоматологических услуг, имеющих материальное выражение (протезы, коронки, реставрации, имплантаты и проч. в соответствии с рекомендациями, указанными в информированном добровольном согласии. Соблюдать гигиену полости рта на хорошем уровне (ИГ-1,2)
2.3.5. Немедленно известить Исполнителя, либо посетить его для оказания медицинской помощи при появлении боли, дискомфорта и других жалоб, как в период лечения, так и после его окончания.
2.3.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка для потребителей и посетителей клиники
2.3.7. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуг.
2.3.8. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемых(ой) медицинской услуг(и) и условиями их(её) предоставления, включая информацию о целях, методах оказания мед. помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания мед. помощи, то есть в соответствии с установленной формой подтвердить свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.
2.3.9. Подписывая Договор, Пациент подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с перечнем предоставляемых платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, Положением о гарантиях, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в клинике ООО «Дентал Лофт» и обязуется их соблюдать.
2.4. Пациент имеет право:
2.4.1. Получить стоматологические услуги в соответствии с пунктом 2.1.1. договора в разумные сроки, исходя из специфики и течения заболевания, наличия осложнений. Приблизительный (средний) срок оказания услуги согласовывается с пациентом в плане лечения
2.4.2. Получить полную информацию об Исполнителе, об объёме, методах, цели, стоимости, рисках, последствиях, прогнозе, перечне стоматологических услуг, а также альтернативных методах лечения, о применяемых для оказания услуг лекарственных средствах и медицинских изделиях, о сроке их годности, о подтверждении соответствия товаров обязательным требованиям (сертификат соответствия, декларация о соответствии, регистрационное удостоверение), в соответствии со ст.8-11 ФЗ «О защите прав потребителей», о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, до медицинского вмешательства с целью реализации права Пациентом возможности их выбора.
2.4.3. В течение гарантийного срока требовать безвозмездного устранения недостатков услуги на оборудовании и силами Исполнителя, соответствующего уменьшения цены оказанной услуги, безвозмездного повторного оказания услуг, а в случае, если недостаток является неустранимым или проявляется вновь после его устранения - расторжения договора и возврат суммы договора.

3 ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1. Медицинские стоматологические услуги оплачиваются Пациентом по тарифам прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент оказания услуги.
3.2. Стоимость услуг согласуется с Пациентом в Смете на оказание стоматологических услуг, являющейся неотъемлемой частью договора**.** План лечения является наиболее вероятным, но не исключает возможность возникновения обстоятельств, которые могут повлечь его изменение по медицинским показаниям или иным причинам, а следовательно, и его стоимости. В этом случае между сторонами заключается новая смета с указанием нового перечня и стоимости услуг.
3.3. Оплата услуг по настоящему договору производится Пациентом в кассу Исполнителя наличными денежными средствами либо банковской картой с использованием платежного терминала, установленного по адресу оказания услуг. Производится непосредственно после оказания услуг в день приема на сумму фактически оказанных услуг. По желанию Пациента вносится предоплата в кассу Исполнителя. Окончательный расчет после внесения предоплаты за услуги, производится в день окончания оказания услуг.
3.4. Стоимость фактически оказанных услуг отображена в счёте-квитанции на оказание стоматологическим услугам (акт оказанных стоматологических услуг) в день выставления счёта. Факт оказания услуг Исполнителем подтверждается составлением акта об оказании услуг.

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.

4.1**.** Гарантия на постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год. На все виды съемных протезов – 6 месяцев. На лечение и протезирование зубов, на которых ранее были пломбы и коронки, установленные не в клинике Исполнителя – 6 месяцев. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели, на временные пломбы – 3 дня. Сроки службы всех постоянных пломб и несъемных ортопедических конструкций составляют 1 год, съемных протезов – 6 месяцев, всех временных протезов – 2 недели, временных пломб – 7 дней.
Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не овеществлённые результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг согласно принятым стандартам. Гарантийные обязательства на все овеществленные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора, положения о гарантиях и врачебных рекомендаций.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. В соответствии с действующим законодательством РФ стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

6. РАСТОРЖЕНИЕ И ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Договор действует до момента исполнения его условий сторонами.
6.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон.
6.3. По требованию Исполнителя договор может быть расторгнут по решению суда только:

- при существенном нарушении договора другой стороной;
- в случае несоблюдения Пациентом пп. 2.3.2., 2.3.3., 2.3.4., 2.3.6-2.3.8. настоящего Договора, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

6.4. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы. Все изменения и дополнения к договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ.

7.1. При выполнении условий настоящего договора Пациент и Исполнитель считают себя обязанными учитывать такие обстоятельства, о которых Стороны не знали и не могли их заранее предвидеть, а именно: действия (бездействия) органов государственной власти или местного самоуправления. Меры, вводимые в связи с пандемией Covid-19 являются форс-мажором. При наступлении данных обстоятельств стороны обязуются проинформировать друг друга любым способом. Обязательства сторон соразмерно отодвигаются на время действия данных обстоятельств. Исполнитель в этом случае освобождается от ответственности за просрочку.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры, возникающие между сторонами, могут решатся в досудебном порядке путем взаимных переговоров с привлечением созданной врачебной комиссии из представителей Исполнителя. Споры и разногласия, возникшие между сторонами и не решенные путем переговоров, подлежат рассмотрению в суде по месту нахождения Организации.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

8.3. Пациент дает свое согласие об информировании его Исполнителем об акциях, скидках, новых видах услуг посредством почтовой, телефонной, мобильной связи, СМС-сообщений (нужное подчеркнуть)

ДА НЕТ

8.4. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с информацией об Исполнителе и медицинских услугах, указанной в п.2.4.2., 2.3.9. Пациент уведомлен о порядке и условиях выдачи потребителю после исполнения договора медицинских документов в соответствии с нормами Приказа Минздрава РФ 789н от 31.07.2023г. по заявлению Пациента.

8.5. Пациент уведомлен, что у Исполнителя ведется аудио- и видеозапись в целях контроля качества и безопасности услуг, а также в целях противодействия терроризму и совершению других противоправных действий.

8.6. Пациент уведомлен, что рентгеновские снимки, компьютерная 3D томография зубов и ортопантомограмма пациенту передаются без описания врача-рентгенолога.

9.ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

9.1.Выдача Пациенту (законному представителю Пациента) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы осуществляются в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

10.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

10.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

10.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

10.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон. Смета, План лечения, Акт выполненных работ и другие подписанные сторонами приложения к договору являются неотъемлемой его частью.

11. Реквизиты сторон:

Исполнитель:

ООО «Дентал Лофт»
Расчётный счёт: 40702810330000047403
Банк: КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8619
ПАО СБЕРБАНК
БИК: 040349602
Кор. Счёт: 30101810100000000602
ОГРН: 1192375019671
ИНН: 2309170604
КПП: 230901001
Юридический адрес: 350033, Краснодарский край,
Краснодар г, Ставропольская ул, дом № 45, офис 302
Генеральный директор: Таранова Екатерина Леонидовна

_____ **Таранова Е.Л.**

Потребитель:

_____

_____

Приложение N 2

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

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 _____,_____,
зарегистрированный по адресу: _____
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ ____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в **ООО "ДЕНТАЛ ЛОФТ"**
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ ,+7 (___)
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

сентября 2026 г.