

## **УВЕДОМЛЕНИЕ:**

(Пост. Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)

В соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Пост. Правительства РФ №1006 от 04.10.2012) до заключения договора ООО «Нью-Дент» уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную мед. 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 Заказчика (Пациента).

Уведомление представлено Гражданину до момента заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Гражданин \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель

Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

### **Информирование:**

В соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" ООО «Нью-Дент» информирует Вас 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.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель  
Информирован, 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.

Я информирован, что ООО «Нью-Дент» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

### **Согласие:**

Я, \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель  
в соответствии со статьей 9 и статьей 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Нью-Дент», на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «Нью-Дент».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

## Разрешение разглашения сведений, составляющих врачебную тайну:

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. полностью  
являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель в соответствии с требованиями статьи 13 Федерального закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", разрешаю ООО «Нью-Дент» разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении на основании Приказа Минздрава России от 29.06.2016 N 425н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента"

\_\_\_\_\_  
(указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)  
в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента.  
Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
Генеральный директор ООО «Нью-Дент»  
Тарадаев Ю. Ю.

## ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № б/н (договор лечения)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Красноярск

Мы, нижеподписавшиеся, частная стоматологическая клиника ООО «Нью-Дент», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Тарадаева Юрия Юрьевича, действующий на основании Устава, лицензии № ЛО-24-01-002181 от 22.01.2014г. на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001г. №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства РФ от 22.01.2007г. №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», пунктами 3.26 и 3.56 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п с одной стороны, и \_\_\_\_\_, (Ф.И.О. пациента), именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Исполнитель обязуется:

1.1. В соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенным в амбулаторную карту **Заказчика** врачом \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача), осуществить качественное лечение.

1.2. Поручить лечение врачу \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача), который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями, с применением в случае необходимости обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, исполнитель вправе предложить другого врача для проведения лечения.

### 2. Заказчик обязуется:

- 2.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала.
- 2.2. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.
- 2.3. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.
- 2.4. Провести 100% оплату медицинских услуг согласно прейскуранту **Исполнителя**.
- 2.5. В случае оплаты договор считается заключенным. В случае одностороннего отказа **Заказчика** от исполнения договора, уплаченная сумма за фактически выполненный объем работ **Исполнителем** не возвращается.

3. **Заказчик** соглашается с тем, что специальные виды лечения (профилактическое, зубное протезирование и пр.) будут осуществляться соответствующими специалистами **Исполнителя**. **Заказчик**

был информирован **Исполнителем** о том, что у него есть право выбора, и он может обратиться в муниципальную стоматологию за помощью в рамках программы медицинского страхования.

**4. Исполнитель** несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств.

**5.** В случае возникновения разногласий между **Исполнителем** и **Заказчиком** по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматриваются главным врачом **Исполнителя**. В случае не устранения разногласий, спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями, и (или) экспертами территориальных организаций Стоматологической Ассоциацией в установленном порядке.

**6. Прочие условия:**

6.1. **Исполнитель** устанавливает гарантийный срок на проведенное лечение 12 месяцев.

6.2. **Заказчик** обязуется приходить на профилактический прием к исполнителю через каждые 6 месяцев с момента проведения лечения по настоящему Договору.

6.3. В случае нарушения **Заказчиком** последующих врачебных рекомендаций **Исполнителя** и наступления вреда объекту лечения, вред считается наступившим по вине Заказчика, гарантия в этом случае не распространяется.

**7.Обстоятельства непреодолимой силы:**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если их надлежащему исполнению помешали обстоятельства непреодолимой силы, в частности: стихийные бедствия, народные волнения, военные действия, изменения в действующем Законодательстве РФ, решения Правительства и иных компетентных государственных органов РФ, а также не зависящих от Сторон сбои технических систем (включая сбои технических систем Банка России и Биржи).

7.2. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы сроки выполнения сторонами обязательств по настоящему Договору переносятся на момент окончания действия таких обстоятельств.

**8. Заключительные положения:**

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному у каждой из сторон.

**Адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

ООО «Нью-Дент»  
ИНН 2462028438/246201001  
660014, г. Красноярск, пр. Крас. раб.,42  
Реквизиты: Новосибирский филиал № 2 ПАО "БИНБАНК"  
БИК 045004884  
р/с 40702810220500000900  
кор.сч. 30101810550040000884  
Генеральный директор Ю.Ю. Тарадаев  
Телефон 250-61-80

**Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_

М.П.

**УВЕДОМЛЕНИЕ:**

(Пост. Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»)

В соответствии с требованиями, определенными Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Пост. Правительства РФ №1006 от 04.10.2012) до заключения договора ООО «Нью-Дент» уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную мед. 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 Заказчика (Пациента).

Уведомление представлено Гражданину до момента заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Гражданин \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель  
Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

**Информирование:**

В соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" ООО «Нью-Дент» информирует Вас 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.

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель  
Информирован, 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.

Я информирован, что ООО «Нью-Дент» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

**Согласие:**

Я, \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью

являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

---

Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель  
в соответствии со статьей 9 и статьей 11 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Нью-Дент», на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части первой статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни и здоровья, представленных в ООО «Нью-Дент».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «Нью-Дент»

Тарадаев Ю. Ю.

**Разрешение разглашения сведений, составляющих врачебную тайну:**

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. полностью  
являясь законным представителем – матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. полностью, дата, месяц, год рождения лица, от имени которого, выступает законный представитель в соответствии с требованиями статьи 13 Федерального закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", разрешаю ООО «Нью-Дент» разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении на основании Приказа Минздрава России от 29.06.2016 N 425н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента"

\_\_\_\_\_  
(указывается кому - фамилия, имя, отчество полностью)  
в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента.  
Гражданин Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
Генеральный директор ООО «Нью-Дент»  
Тарадаев Ю. Ю.

**ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ № б/н  
(договор протезирования)**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

г. Красноярск

Мы, нижеподписавшиеся, частная стоматологическая клиника ООО «Нью-Дент», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Тарадаева Юрия Юрьевича, действующий на основании Устава, лицензии ЛО-24-01-002181 от 22.01.2014 г. на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001г. №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлением Правительства РФ от 22.01.2007г. №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности», пунктами 3.26 и 3.56 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п с одной стороны, и \_\_\_\_\_, (Ф.И.О. пациента), именуемый в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Исполнитель обязуется:**

1.1. В соответствии с предварительным диагнозом и планом протезирования, внесенным в амбулаторную карту **Заказчика** врачом Есиковым А. А. (Ф.И.О. врача), осуществить качественное протезирование.

1.2. Поручить протезирование врачу Есикову А. А. (Ф.И.О. врача), который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы протезирования в соответствии с медицинскими показаниями, с применением в случае необходимости обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для приема, **Исполнитель** вправе предложить другого врача для проведения приема.

**2.Заказчик обязуется:**

2.1. Выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала.

2.2. Являться на прием в установленное время, согласованное с врачом.

2.3. Соблюдать гигиену полости рта и являться на назначенные медицинские проверки.

2.4. Провести 100% оплату медицинских услуг согласно прейскуранту **Исполнителя**.

2.5 В случае 100% оплаты договор считается заключенным. В случае одностороннего отказа **Заказчика** от исполнения договора, уплаченная сумма за фактически выполненный объем работ **Исполнителем** не возвращается.

**3. Заказчик** соглашается с тем, что специальные виды лечения будут осуществляться соответствующими специалистами **Исполнителя** согласно прейскуранту. **Заказчик** был информирован

**Исполнителем** о том, что у него есть право выбора, и он может обратиться в муниципальную стоматологию.

**4. Исполнитель** несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязательств.

**5.** В случае возникновения разногласий между **Исполнителем** и **Заказчиком** по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматриваются главным врачом **Исполнителя**. В случае не устранения разногласий, спор рассматривается клинико-экспертными комиссиями, и (или) экспертами территориальных организаций Стоматологической Ассоциацией в установленном порядке.

**6. Прочие условия:**

6.1. **Исполнитель** устанавливает гарантийный срок на проведенное протезирование 12 месяцев.

6.2. **Заказчик** обязуется приходить на профилактический прием к **Исполнителю** через каждые 6 месяцев с момента проведения протезирования по настоящему Договору.

6.3. В случае нарушения **Заказчиком** последующих врачебных рекомендаций **Исполнителя** и наступления вреда объекту протезирования, вред считается наступившим по вине **Заказчика**, гарантия в этом случае не распространяется.

**7.Обстоятельства непреодолимой силы:**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если их надлежащему исполнению помешали обстоятельства непреодолимой силы, в частности: стихийные бедствия, народные волнения, военные действия, изменения в действующем Законодательстве РФ, решения Правительства и иных компетентных государственных органов РФ, а также не зависящих от Сторон сбои технических систем (включая сбои технических систем Банка России и Биржи).

7.2. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы сроки выполнения сторонами обязательств по настоящему Договору переносятся на момент окончания действия таких обстоятельств.

**8. Заключительные положения:**

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному у каждой из сторон.

**Адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

ООО «Нью-Дент»  
ИНН 2462028438/246201001  
660014, г. Красноярск, пр. Крас. раб.,42  
Реквизиты: Новосибирский филиал № 2 ПАО "БИНБАНК"  
БИК 045004884  
р/с 40702810220500000900  
кор.сч. 30101810550040000884  
Генеральный директор Ю.Ю. Тарадаев  
Телефон (391)-250-61-80

М.П.

**Заказчик:**

ФИО \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_