

ПУБЛИЧНЫЙ ДОГОВОР-ОФЕРТА

Внимательно ознакомьтесь с текстом настоящей оферты. Если Вы не согласны с каким-либо ее условием и/или порядком, Вам следует воздержаться от использования предлагаемых по условиям оферты услуг.

Акционерное общество «Стоматологический центр», лицензия № ЛО-38-01-002340 от 30.12.15, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, анестезиологии и реаниматологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, терапевтической, хирургической, управлению сестринской деятельностью, челюстно-лицевой хирургии, эпидемиологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы: при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, выданной Министерством здравоохранения Иркутской области (г. Иркутск, ул. Карла Маркса, д. 29, тел. (3952) 28-03-26), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Карепова Игоря Александровича, действующей на основании Устава, настоящим предлагает любому правоспособному и дееспособному физическому лицу, чья воля будет выражена им лично либо через представителя (ст. 182, 185 Гражданского кодекса), именуемому в дальнейшем «Пациент», согласно ст. 435, п. 2 ст. 437 и 438 Гражданского кодекса РФ принять данный Договор на оказание стоматологических услуг (заключить Договор на оказание стоматологических услуг) на условиях, изложенных ниже (далее - «Договор»).

ДЛЯ ЦЕЛЕЙ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ:

- «Услуга» - стоматологическая услуга, которая предоставляется/оказывается на возмездной основе.

- «Пациент» - физическое лицо, которое заключает Договор и приобретает Услугу(и) в свою пользу, и (б) физическое лицо, которое заключает Договор и приобретает Услугу(и) в пользу третьего лиц (заключает настоящий Договор в пользу третьего лица) на законных основаниях.

1. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ОФЕРТЫ И АКЦЕПТА

1.1. Акцепт оферты означает, что Пациент согласен со всеми положениями настоящего Договора, обязуется им следовать и равносителен заключению договора об оказании Услуг. Акцепт настоящего Договора означает в том числе предоставление Пациентом Исполнителю Согласия на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, а также Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, в том числе 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.

1.2. Полным и безоговорочным акцептом настоящей оферты является подписание Пациентом своего Заявления о присоединении к публичному договору-оферте (принятие условий договора).

Принимая условия настоящего Договора Пациент одновременно соглашается с действующей (на дату оказания Услуги) у Исполнителя «Политикой в отношении обработки персональных данных». Ознакомление с указанными документами осуществляется по ссылке: https://stomcenter.com/sites/default/files/docs/publicnyy_dogovor_oferta_0.pdf.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель обязуется оказать Услуги Пациенту, а Пациент обязуется принять и оплатить Услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. **Исполнитель обязуется:**

3.1.1. по согласованию с Пациентом назначить для проведения обследования и лечения специалистов, имеющих сертификат установленного образца и компетентных в вопросах диагностики и лечения заболеваний полости рта (далее по тексту «Врача»);

3.1.2. осуществить обследование пациента;

3.1.3. определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определённые врачами сроки (далее по тексту «План лечения»);

3.1.4. отразить результаты обследования, предварительный диагноз, возможные планы лечения в медицинской карте стоматологического больного (далее по тексту «Медицинская карта»);

3.1.5. исчерпывающе проинформировать Пациента (законного представителя пациента) о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске,

- возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, преимуществах и недостатках различных планов лечения;
- 3.1.6. определить и сообщить Пациенту (законному представителю пациента) примерные сроки выполнения различных планов лечения;
- 3.1.7. в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесённым в медицинскую карту пациента, осуществить качественное лечение;
- 3.1.8. использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешённые на территории РФ с соблюдением предъявляемых к ним требований;
- 3.1.9. обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приёму и во время лечения;
- 3.1.10. обеспечить наиболее рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями;
- 3.1.11. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом;
- 3.2. Пациент (законный представитель) обязуется:**
- 3.2.1. выполнять все рекомендации лечащего врача и медицинского персонала, обеспечивающие качественное предоставление услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;
- 3.2.2. являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом, зафиксированное в графике посещений;
- 3.2.3. соблюдать гигиену полости рта;
- 3.2.4. являться на назначенные профилактические осмотры не реже чем 1 р. в 6 (шесть) месяцев;
- 3.2.5. заявлять об обнаружении недостатков при принятии результатов оказанных услуг, их отдельных этапов или в ходе оказания услуг, в противном случае услуга считается оказанной надлежащим образом;
- 3.2.6. при появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения немедленно извещать лечащего врача или администратора, либо посетить клинику для оказания помощи;
- 3.2.7. в случае невозможности явки на лечение или контрольный осмотр в назначенное врачом время предупредить об этом врача не менее чем за сутки (24 часа), при этом Пациент обязан в последствие в медицинской карте подтвердить невозможность явки в назначенное время.
- 3.2.8. производить оплату медицинских услуг по действующему прейскуранту после составления финансового плана лечения путём перечисления на расчётный счёт Исполнителя 100 % стоимости оказанных медицинских услуг;
- 3.2.9. производить оплату 50% стоимости ортопедических услуг на момент оформления наряда и остальную сумму по специально установленной схеме на момент завершения работы по изготовлению ортопедических конструкций.
- 3.2.10. при невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникшей в связи с неисполнением или не надлежащим исполнением обязанностей Пациента, оплатить фактически оказанные услуги Исполнителя в полном объёме;
- 3.3. Права пациента (законного представителя):**
- 3.3.1. получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также о квалификации и сертификации специалистов;
- 3.3.2. выбор лечащего врача, с учётом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение;
- 3.3.3. получать от Исполнителя сведения о наличии лицензии и сертификатов;
- 3.3.4. выбирать по своему усмотрению план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения, предварительно ознакомившись с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями;
- 3.3.5. проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов Исполнителя;
- 3.3.6. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- 3.3.7. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 3.3.8. отказ от медицинского вмешательства;
- 3.4. Права Исполнителя:**
- 3.4.1. при отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических и лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию;
- 3.4.2. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначать другого врача для проведения лечения.
- 3.4.3. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Пациента медицинских противопоказаний.
- 3.4.4. Исполнитель вправе отменить прием Пациента в случае опоздания Пациента на прием более, чем не 10 (Десять) минут. В случае неоднократных (более 2 (Двух) раз) опозданий Пациента на прием, а также неявок на прием без предупреждения за 24 (Двадцать четыре) часа, Исполнитель вправе устанавливать для Пациента ограничения по времени возможного приема.
- 3.4.5. Исполнитель вправе не оказывать услуги, если Пациент находится в состоянии алкогольного,

наркотического, токсического опьянения, оцениваемого по внешним признакам.

3.4.6. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор при наличии одного из следующих обстоятельств:

3.4.6.1. при несоблюдении Пациентом требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающим возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей по Договору;

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Пациент (законный представитель) соглашается с тем, что стоимость услуг, согласованная с ним после составления плана лечения, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Точная стоимость определяется после проведения лечения (оказания услуги).

4.3. Пациент (законный представитель) соглашается с тем, что желает, и будет получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о методах лечения, связанном с ним риске, возможных осложнениях и прочих особенностях лечебного процесса путём ознакомления с записями в медицинской карте.

4.4. Оригиналы Rg- снимков являются собственностью Исполнителя и не подлежат выдаче на руки Пациенту; по требованию могут быть сканированы на электронный носитель.

4.5. Пациент (законный представитель пациента) согласен подтверждать личной подписью в медицинской карте:

4.5.1. предварительное ознакомление с результатами обследования, диагнозом, методами лечения, связанным с ними риске, преимуществами и недостатками различных планов лечения, возможными осложнениями;

4.5.2. выбор плана лечения;

4.5.3. то, что он информирован о более высокой степени риска осложнений при выборе альтернативного плана лечения, не рекомендуемого лечащим врачом;

4.5.4. получение от врача всей интересующей информации в доступной устной форме;

4.5.5. получение ортопедической или ортодонтической конструкции, отсутствие замечаний по их установке;

4.5.6. то, что проинформированы о возможном снижении качества предоставляемой услуги при несоблюдении требований и рекомендаций лечащего врача;

4.5.7. принятие на себя ответственности за результат услуги, оказываемой по настоянию пациента и вопреки рекомендациям врача, без каких-либо гарантий со стороны Исполнителя. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не приносят ущерба здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения основных рекомендаций врача;

4.5.8. необходимые в ходе лечения согласования, касающиеся эстетических и функциональных особенностей лечения, изменения конструкций протезов, гарантийных условий на материалы и прочих особенностях лечебного процесса;

4.6. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись пациента (законного представителя) об ознакомлении с записями врача в медицинской карте одновременно является его согласием с предложенной Исполнителем кандидатурой врача, методами и сроками выполнения плана лечения, качеством лечебных мероприятий. А также подтверждением полного согласования условий лечения между врачом и пациентом на момент подписи.

4.7. Стороны договариваются, что специальные виды лечения (хирургическое, профилактическое, ортопедическое, ортодонтическое, терапевтическое и пр.) будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

4.8. Предоставить информацию, полученную от Пациента, связанную со стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим лечение, и/или другому врачу.

5. СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

5.1. Ориентировочные сроки выполнения ортопедических работ определяются врачом по согласованию с Пациентом и отражаются в медицинской карте.

5.2. Сроки проведения других видов лечения (терапевтического, ортодонтического, хирургического) целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента и не могут быть заранее точно определены.

6. ПЛАТЕЖИ ПО ДОГОВОРУ

6.1. Пациент оплачивает услуги по расценкам прейскуранта, действующего на момент оплаты услуг.

6.2. Пациент оплачивает 100 % стоимости лечения (кроме ортопедического) после составления финансового плана лечения путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя или путем внесения наличных денежных средств в кассу учреждения.

6.3. Пациент оплачивает 50% стоимости ортопедических услуг на момент оформления наряда и остальную сумму по специально установленной схеме на момент завершения работ по изготовлению ортопедических конструкций.

6.4. Окончательный расчет производится после акта сверки.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор действителен в течение одного года с момента подписания.

7.2. При желании Пациента продолжить лечение после окончания срока действия настоящего Договора, Стороны вправе заключить новый договор.

7.3. Договор может быть расторгнут по взаимному согласию Сторон с составлением Акта о расторжении Договора.

7.4. Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке по основаниям, указанным в п. 3.4.4., при этом исполнитель направляет Пациенту письмо-уведомление о расторжении договора с указанием причины. (Договор считается расторгнутым с даты, указанной в уведомлении Исполнителя).

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. В случае причинения вреда здоровью Пациента при оказании медицинской помощи, Пациент имеет право на возмещение материального ущерба в соответствии с действующим законодательством.

8.2. Пациент несёт ответственность за достоверность представленной информации, выполнение рекомендаций врача, а также за результат услуг, представленных по его настоянию (в соответствии с п. 4.5.7. настоящего Договора).

8.3. Гарантийные сроки, а также сроки службы определяются Исполнителем в «Положении об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологической помощи».

8.4. Исполнитель не несёт ответственности перед Пациентом за нарушение сроков исполнения обязательств, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на приём к лечащему врачу, либо невыполнение в назначенные врачом сроки необходимых исследований, либо специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно. Нарушение сроков исполнения медицинских услуг и его причины указываются в медицинской карте врачом-специалистом.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все возможные споры, возникающие в связи с настоящим Договором, стороны будут решать путём переговоров. Претензии по поводу качества оказанных услуг рассматриваются Клинико-экспертной комиссией под председательством главного врача Исполнителя в присутствии Пациента (представителей пациента) с составлением консультативного заключения. В случае не достижения Сторонами согласия - в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9.2. Исполнитель оставляет за собой право комплексного контроля качества предоставляемых услуг на основании изучения медицинской документации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Возникающие спорные ситуации и разногласия разрешаются Сторонами, в первую очередь, в претензионном порядке. Претензия рассматривается Стороной в течение 10 (Десяти) дней с даты ее получения. В случае невозможности урегулирования спора в претензионном порядке, спор подлежит разрешению в судебном порядке согласно действующему законодательству.

10.2. Любые ссылки на закон и/или законодательство в настоящем Договоре считаются ссылками на закон и/или законодательство Российской Федерации.

10.3. Следующие приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

«**Приложение 1**» - Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в том числе 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;

«**Приложение 2**» - Согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне.

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ (МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)

11.1. Акционерное общество «Стоматологический центр»

Место нахождения: 664025, РФ, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Ленина, д. 36;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-38-01-002340 от 30.12.15, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, анестезиологии и реаниматологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, терапевтической, хирургической, управлению сестринской деятельностью, челюстно-лицевой хирургии, эпидемиологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и

выполняются следующие работы: при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной не-
трудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, выданной Министерством здравоохранения
Иркутской области;
с/с 40702810807000007364 в Сибирский филиал АО «Райффайзенбанк» г. Новосибирск;
к/с 30101810300000000799;
БИК 045004799
ИНН 3808128864;
КПП 384901001
ОГРН 1053808169249
Тел./факс: 8 (3952) 717-222, 24-01-84
Сайт: <http://stomcenter.com/>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 К ПУБЛИЧНОМУ ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на виды медицинских вмешательств, в том числе 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, правоспособное и дееспособное физическое лицо, достигшее возраста 15 лет, настоящим даю информированное добровольное согласие на указанные ниже виды медицинских вмешательств, в том числе 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 (далее по тексту – «Перечень видов медицинских вмешательств»), при оказании мне или моему ребенку лицу, чьим законным представителем я являюсь) первичной медико-санитарной помощи в выбранной мной Медицинской организации.

Перечень видов медицинских вмешательств	
1.	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2.	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3.	Антропометрические исследования (рост, вес, окружность головы и др.).
4.	Термометрия (измерение температуры тела).
5.	Тонометрия (измерение давления).
6.	Консультации специалистов, проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований, медицинских экспертиз, консилиумов, врачебной комиссии
7.	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8.	Рентгенологические методы обследования, в том числе рентгенография, визиография, компьютерная томография (КТ) и другие лучевые методы исследования.
9.	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии.
10.	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, челюстно-лицевой хирургии.
11.	Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу.
12.	Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью, управлению сестринской деятельностью, эпидемиологии.
13.	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно, в суставы и др.

Я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а)/ознакомлен(а) в доступной для меня форме:

- о Перечне видов медицинских вмешательств;
- о целях, способах и сроках оказания медицинской помощи, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- о прогнозируемой выгоде оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств;
- о рисках и возможных осложнениях оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, а также возможных негативных последствиях лечения, включая летальный исход, несвоевременного лечения или не лечения моего заболевания с учетом факторов риска и настоящего состояния моего здоровья;
- о реабилитационном периоде после оказания медицинской помощи, в том числе медицинских вмешательств, о сроке восстановления и возможных ограничениях (в т.ч. нетрудоспособности), сопутствующих этому периоду;
- я подтверждаю, что для принятия решения о настоящем Согласии я достаточно информирован(а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем, а также о лечебных учреждениях, где они применяются;
- я проинформирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах предлагаемого мне медицинского вмешательства, диагностических и лечебных процедур и возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью при их проведении, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;
- я понимаю необходимость проведения указанного медицинского вмешательства. Мне полностью ясно, что во время манипуляции (процедуры) или после нее могут возникнуть осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), на которые я даю согласие медицинским работникам;
- я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я уполномочиваю медицинских работников выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения и диагностики, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций в процессе оказания мне оказываемого медицинского вмешательства.
- я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать медицинским работникам о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- я поставил(а) в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- я согласен(на) на проведение медицинского вмешательства другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;
- мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень видов медицинских вмешательств, 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»;
- мне понятно назначение данного документа, полученных разъяснений и они меня удовлетворяют.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 К ПУБЛИЧНОМУ ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ

Я, правоспособное и дееспособное физическое лицо, достигшее возраста 15 лет, в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моего ребенка/иного лица, чьим законным представителем я являюсь), сведений о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе, других сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении, и даю АО «Стоматологический центр» (ОГРН 1053808169249, ИНН 3808128864, место нахождения: 664025, РФ, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Ленина, д. 36) (далее – «Оператор») информированное добровольное согласие на обработку персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, т.е. всех моих, указанных в настоящем документе данных и сведений (далее совместно, «персональные данные»).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических, аналитических, научных исследований.

Я ознакомлен и согласен с тем, обработка персональных данных относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских услуг.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических, аналитических и научных исследований.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах АО «Стоматологический центр» (ОГРН 1053808169249, ИНН 3808128864, место нахождения: 664025, РФ, Иркутская область, г. Иркутск, ул. Ленина, д. 36) в виде sms -сообщений, по e - mail (электронной почте) и телефону на указанный мною в Заявлении о присоединении к публичному договору-оферте номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный в Заявлении о присоединении к публичному договору-оферте мной номер мобильного телефона, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента) и/или имею законное право давать согласие в отношении указанного номера мобильного телефона, а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки: 1) получение, ввод, сбор, систематизация, предоставление, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц; 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе); 3) уточнение (обновление, изменение, изучение, анализ), обезличивание персональных данных; 4) использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; 5) передача указанных выше персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети АО «Стоматологический центр» и лицам, входящих в АО «Стоматологический центр», в том числе дочерним компаниям и аффилированным лицам АО «Стоматологический центр».

Оператор также 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). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в течение всего срока действия Договора, заключенного с Оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен о том, что я вправе в любое время отозвать свое согласие на обработку персональных данных (в том числе своего согласия о получении информации об услугах по e-mail, sms, телефону) путем подачи письменного заявления Оператору, а также получить доступ к своим персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен со следующими своими правами: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к моим персональным данным, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения своих персональных данных, их блокирования или уничтожения в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, неточными, незаконно полученными или не являются необходимыми для заявленной цели обработки, а также принимать предусмотренные законом меры по защите своих прав; 3) на получение при обращении к Оператору с запросом информации, касающейся обработки своих персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что имею право на получение при обращении с письменным запросом информации, касающейся обработки персональных данных, в том числе содержащей: 1) подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; 2) способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; 3) сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; 4) перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; 5) сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; 6) сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен с тем, что Оператор, при обработке персональных данных, обязан руководствоваться требованиями 149-ФЗ от 27.07.2006 «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением правительства РФ №1119 от 01.11.2012 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», приказом ФСТЭК №21 от 18.02.2013 «Об утверждении состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных» и другими нормативными актами необходимыми для организации и обеспечения технических мер защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Я даю согласие на открытую видеосъемку и аудиозапись, в целях обеспечения прав пациентов, при оказании медицинских услуг, путем установки записывающих видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников, с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ПУБЛИЧНОМУ ДОГОВОРУ-ОФЕРТЕ
(ДОГОВОР ПРИСОЕДИНЕНИЯ)**

г. Иркутск

«__» _____ 2020 г.

Акционерное общество «Стоматологический центр», лицензия № ЛО-38-01-002340 от 30.12.15, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, анестезиологии и реаниматологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, терапевтической, хирургической, управлению сестринской деятельностью, челюстно-лицевой хирургии, эпидемиологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы: при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, выданной Министерством здравоохранения Иркутской области (г. Иркутск, ул. Карла Маркса, д. 29, тел. (3952) 28-03-26), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Карепова Игоря Александровича, действующей на основании Устава, и

_____, г.р., место рождения: _____, пол: _____, паспорт гражданина РФ: серия _____ № _____, выдан _____,

код подразделения: _____, зарегистрирован по адресу: _____,

именуемый в дальнейшем «Получатель», составили настоящий договор присоединения о нижеследующем:

1. ПОЛУЧАТЕЛЬ в соответствии с п. 1 ст. 428 Гражданского кодекса РФ полностью и безоговорочно присоединяется к условиям Публичного договора-оферты при оказании стоматологических услуг (далее по тексту – «Оферта»), опубликованной на официальном сайте АО «Стоматологический центр» по адресу: https://stomcenter.com/sites/default/files/docs/publicnyy_dogovor_oferta_0.pdf.

2. Подписанием настоящего Заявления о присоединении к публичному договору оферте, ПОЛУЧАТЕЛЬ подтверждает, что он ознакомлен с условиями Оферты, безоговорочно принимает все условия Оферты без каких-либо изъятий или ограничений на условиях присоединения и обязуется неукоснительно соблюдать их. После подписания настоящего Заявления о присоединении к публичному договору-оферте ПОЛУЧАТЕЛЬ не может ссылаться на то, что он не ознакомился с условиями Оферты и приложениями к ней либо не признает их обязанность.

3. В результате подписания настоящего Заявления о присоединении к публичному договору-оферте Стороны считаются заключившими на условиях Оферты Договор об оказании стоматологических услуг от «__» _____ 2020 г.

4. Договор о информационно-технологическом взаимодействии при осуществлении переводов денежных средств, заключенный между Сторонами посредством подписания настоящего Заявления о присоединении к условиям Публичной Оферты, может быть расторгнут в порядке, предусмотренном условиями Договора.

5. Заявление о присоединении к публичному договору оферте составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу – по одному для каждой из Сторон.

6. ПОДПИСИ СТОРОН

6.1. ПОЛУЧАТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____

_____ г.р.

Паспорт гражданина РФ: серия _____ № _____

Тел. _____

E-mail: _____

_____/_____/_____
м.п.

6.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ:

АО «Стоматологический центр»

Юридический адрес: 664007, г. Иркутск, ул. Декабрьских

Событий, д. 109, оф. 8

ОГРН 1053808169249

ИНН 3808128864

КПП 384901001

р/с 40702810807000007364

в Сибирском филиале АО «Райффайзен Банк» г. Новосибирск

к/с 30101810300000000799

БИК 045004799

_____/_____/_____
м.п. / Карепов И.А. /