До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента/Законного представителя) 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/Законного представителя) 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. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент/Законный представитель предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Петрозаводск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Граждан (ин/ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Законного представителя Пациента

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_года, именуемого в дальнейшем **«Заказчик»** (контакты, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Пациента: почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), являясь Законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.р.,

ФИО несовершеннолетнего Пациента

именуемого в дальнейшем **«Пациент»,** и **ООО Стоматология «Диадент» (**адрес места нахождения юридического лица: РК, г. Петрозаводск, ул. Казарменская, д. 4, пом. 4,5; адрес места осуществления медицинской деятельности: РК, г. Петрозаводск, ул. Казарменская, д. 4, пом. 4,5; адрес сайта в сети "Интернет" [www.diadetki.ru](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.diadetki.ru&cc_key=); ОГРН 1081001000552; ИНН 1001202756) в лице директора Хотулевой Татьяны Викторовны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01175-10/00344014 от «30» января 2019 г. (выдана Министерством здравоохранения Республики Карелия (РК, г. Петрозаводск, пр. Ленина, д. 6, телефон: +7 (8142) 44-52-20) сроком действия «бессрочно») на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической (ссылка на сведения, содержащиеся в реестре лицензий: https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1 Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент (Законный представитель) – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг являются: личное обращение и добровольное желание Пациента (Законного представителя) получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя), данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Сроки оказания услуг по Договору указаны в «Положении о сроках оказания медицинских услуг» Исполнителя, с которыми Пациент (Законный представитель) был ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.4. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указываются в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно после консультации и обследования Пациента. Согласие Пациента (Законного представителя) на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

2.5. Подписывая Договор, Пациент (Законный представитель) подтверждает, что до его заключения лично ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, Положением о сроках оказания услуг, с правилами, порядком, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов, размещенных на информационном стенде Исполнителя, и обязуется соблюдать их требования.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а также условиям Договора.

3.1.2. Ознакомить Пациента (Законного представителя) в письменном виде с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах по плану лечения, перечнем, стоимостью, сроками оказания услуг до начала их оказания.

3.2 Пациент (Законный представитель) обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на овеществленные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему договору. В случае отказа от подписания документов Пациент (Законный представитель) обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учрежде­ний, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента (Законного представителя), с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Пациент (Законный представитель) обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или авансом.

3.2.8. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направлять Пациента (с согласия Законного представителя) в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания согласованных письменно с Пациентом (Законным представителем) дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.2. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору, указывать их в плане лечения, акте выполненных услуг, гарантийном талоне, иных документах.

3.3.3. Направить Пациента (с согласия Законного представителя) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.4 Пациент (Законный представитель) имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных пре­паратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам ст.70 Закона 323-ФЗ.

3.4.3. Получать выписки или копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством РФ.

4. Порядок оплаты медицинских услуг.

4.1 Пациент (Законный представитель) обязан оплатить оказанную Исполнителем услугу в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений [статей 16.1](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/1601) и [37](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/37) Закона "О защите прав потребителей". Пациенту (Законному представителю) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Пациент (Законный представитель) производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Услуги оказываются Исполнителем с использованием своих материалов или материалов субподрядчика. Исполнитель полностью отвечает за ненадлежащее качество использованных при оказании услуг материалов. Материал Исполнителя оплачивается Пациентом (Законным представителем) при заключении Договора полностью с учетом положений [статьи](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/1601) [3](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/37)4 Закона "О защите прав потребителей" путем внесения предоплаты.

4.4. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту (Законному представителю) наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Оплата медицинских услуг Пациентом (Законным представителем) путем перевода средств на счет третьего лица, не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Пациентом (Законным представителем) суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании услуг ненадлежащего качества.

5.3. В случае отказа Пациента (Законного представителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Пациент (Законный представитель) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Обращения (жалобы) Пациент (Законный представитель) может направить на почтовый адрес 185003, Россия, Республика Карелия, г. Петрозаводск, ул. Казарменская, д. 4, пом. 4, пом. 5 или лично путем обращения в регистратуру Исполнителя.

6.2. Срок устранения признанных Исполнителем недостатков оказанных услуг устанавливается настоящим Договором равным 45 дням. В случае, если во время устранения недостатков станет очевидным, что они не будут устранены в определенный Договором срок, Стороны могут заключить соглашение о новом сроке устранения недостатков.

6.3. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Пациенту (Законному представителю) не выдаются. Пациент (Законный представитель) имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством РФ.

7.2. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту (Законному представителю) в заключении, исполнении, изменении или расторжении договора в связи с отказом Пациента (Законного представителя) предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора.

7.3. Подписывая данный Договор, Пациент (Законный представитель) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.4. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с [Гражданским кодексом](http://ivo.garant.ru/#/document/10164072/entry/0) РФ и [Законом](http://ivo.garant.ru/#/document/10100758/entry/0) РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Пациентом (Законным представителем) в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.5. Исполнителем после исполнения договора об оказании платных медицинских услуг выдаются Пациенту (Законному представителю) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие 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. Указанная информация предоставляется бесплатно, в сроки, установленные нормативными правовыми актами Минздрава России.

8. Полная информация об условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте [www.diadetki.ru](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.diadetki.ru&cc_key=) и на информационном стенде Исполнителя.

9. Особенности оказания услуг при заключении Договора дистанционным способом с 1 сентября 2022 года.

9.1. Договор на оказание медицинских услуг может быть заключен посредством использования информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" на основании ознакомления Пациента (Законного представителя) с предложенным Исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

9.2. Договор с Пациентом (Законным представителем) считается заключенным дистанционным способом с момента оформления Пациентом (Законным представителем) соответствующего согласия (акцепта) и внесения частично или полностью оплаты по нему с учетом положений статьи 16.1 и 37 Закона "О защите прав потребителей". С момента получения акцепта и осуществления Пациентом (Законным представителем) частичной или полной оплаты по нему, все условия договора остаются неизменными и не могут корректироваться Исполнителем без согласия Пациента (Законным представителя).

9.3. При заключении Договора дистанционным способом Исполнитель предоставляет Пациенту (Законному представителю) путем направления по электронной почте или интернет-мессенджеру подтверждение, которое содержит дату и номер заключенного Договора, который позволяет Пациенту (Законному представителю) получить информацию о заключенном Договоре оказания платных медицинских услуг и его условиях до начала оказания медицинских услуг.

9.4. Исполнитель обеспечивает прием обращений и требований Пациента (Законного представителя) дистанционным способом тем же каналом обмена информацией, которым был заключен Договор в дистанционной форме.

10. Срок действия, изменение и расторжение Договора.

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

10.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

10.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента (Заказчика), по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству РФ. При заключении Договора дистанционным способом отказ Пациента (Законного представителя) от исполнения Договора может быть оформлен также способом, используемым при его заключении - дистанционно.

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

12. Реквизиты сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| «Исполнитель» | «Заказчик» |
| Общество с ограниченной ответственностью Стоматология «Диадент» (ООО Стоматология «Диадент»)  Лицензия Л041-01175-10/00344014  от «30» января 2019 г.,  выдана Министерством здравоохранения.  Адрес: РК, г. Петрозаводск, ул. Казарменская, д.4  Тел. (8142) 56-30-30.  ИНН 1001202756/КПП 100101001  Администратор:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись Фамилия И.О.    М.П. | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись Фамилия И.О. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ООО Стоматология "Диадент"  ИНН 1001202756  КПП 100101001  ОГРН 1081001000552 | Является неотъемлемым Приложением к Договору возмездного оказания стоматологических услуг  № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Фамилия, имя, отчество Законного представителя Пациента до 18 лет

Законный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.р.,

Фамилия, имя, отчество Пациента до 18 лет дата рождения

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г.

Серия, номер паспорта; кем, когда выдан паспорт Законного представителя

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Контактный номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных Пациента **Оператором – ООО Стоматология «Диадент»,** имеющим лицензию на право осуществления медицинской деятельности ЛО-10-01-001243 от «30» января 2019 г., по адресу: РК, г. Петрозаводск, ул. Казарменская, д.4 (далее – Клиника).

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется работниками ООО Стоматология «Диадент» **в следующих целях:** медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров.

Я даю согласие на обработку **следующих персональных данных**: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес места жительства, паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию здоровья, необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов представляемого мной лица либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг, в том числе медицинскими организациями-соисполнителями.

Я разрешаю использовать представляемого мной лица персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, для проведения контроля качества оказания представляемому мной лица медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых медицинских специалистов.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), 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, 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) персональных данных; **4)** использование персональных данных Пациента в связи с оказываемыми услугами; **5)** передача персональных данных субъекта (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по защищенным каналам связи (на машинных носителях) или по незащищенным каналам связи по заявлению субъекта (Пациента) для отправки персональных данных на адрес электронной почты или SMS-сообщением субъекту (Пациенту) или иным лицам, осуществляющим обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена таким лицам с согласия Пациента (субъекта); **6)** блокирование; **7)** уничтожение.

Я даю согласие на обработку персональных данных представляемого мной лица в течение всего **срока действия** Договора оказания платных медицинских услуг № 49 от 27.03.2023 г., заключенного с оператором, а по его истечении – в течение срока, установленного законодательством РФ.

Я уведомлен(а) 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 представляемого мной лица персональным данным при личном обращении к Оператору на основании письменного запроса.

Я подтверждаю, что ознакомлен(а) со следующими своими **правами**: 1) на получение сведений об Операторе, о месте его нахождения, о наличии у Оператора персональных данных, относящихся к персональным данным представляемого мной лица, а также на ознакомление с такими персональными данными; 2) требовать от Оператора уточнения представляемого мной лица 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 персональных данных: - подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, а также цель обработки; - способы обработки персональных данных, применяемые Оператором; - сведения о лицах, которые имеют доступ к персональным данным или которым может быть предоставлен такой доступ; - перечень обрабатываемых персональных данных и источник их получения; - сроки обработки персональных данных, в том числе сроки их хранения; - сведения о том, какие последствия может повлечь за собой обработка персональных данных.

Я ознакомлен(а) с тем, что Оператор при обработке персональных данных **обязан принимать необходимые организационные и технические меры** для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

На передачу данных, составляющих врачебную тайну, в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) я:

|  |
| --- |
|  |
|  |

согласен /согласна

не согласен / не согласна

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

подпись Законного представителя Пациента; расшифровка подписи

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

дата

Администратор ООО «Стоматология «Диадент» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Работника; расшифровка подписи

УТВЕРЖДЕНО

приказом Министерства

здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) дата рождения

Зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г.р.,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) дата рождения

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 (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 «Стоматология «Диадент». 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 (полностью) | № телефона (обязательно) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата оформления) Подпись Фамилия И.О.Пациента / Законного представителя

Лечащий врач:

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

подпись расшифровка подписи

**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. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Является неотъемлемым Приложением к **Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. |

**ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ**

**ПЕРВИЧНОГО ПОСЕЩЕНИЯ РЕБЕНКА ДО 15 ЛЕТ**

Ребенок: фамилия, имя, отчество (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Родитель/законный представитель: фамилия, имя, отчество (полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Успешность стоматологического лечения зависит от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использо­ваны только для подбора лечения с учетом состояния Вашего ребенка и не будут доступны посторонним лицам.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** | **Да** | **Нет** | **Не знаю** |
| ***1*** | Причина посещения (осмотр, профилактика, лечение, удаление, острая боль, другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (*подчеркните*) |  |  |  |
| ***2*** | Был ли у Вашего ребенка опыт посещения врача-стоматолога? |  |  |  |
| ***3*** | Если стоматологический опыт был, то был ли он неприятным? |  |  |  |
| ***4*** | Если стоматологический опыт был, то как давно? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| ***5*** | Были ли у ребенка серьезные травмы, повреждения зубов или челюстей (падения, удары и проч.) |  |  |  |
| ***6*** | Были ли у Вашего ребенка *(в случае положительного ответа, подчеркните соответствующие пункты)*:  а. кровоточивость десен при чистке зубов  б. периодическое появление высыпаний, язв в полости рта  в. появления герпеса («простуды») на губах с периодичностью \_\_\_\_ в год  г. бруксизм (ночное скрежетание зубами) |  |  |  |
| ***7*** | Есть или были у Вашего ребенка щелчки или боль в суставе при зевании, жевании? |  |  |  |
| ***8*** | Есть, или были, у Вашего ребенка вредные привычки *(в случае положительного ответа, подчеркните соответствующие пункты)*:  а. сосать бутылочку, соску *(после 1 года)*?  б. закусывать губу?  в. скрежетать зубами?  г. грызть ногти, карандаши и проч.? |  |  |  |
| ***9*** | Когда Ваш ребенок чистит зубы (*подчеркните соответствующие пункты*):  а. утром  б. перед сном  в. как правило, после еды |  |  |  |
| ***10*** | Какую зубную пасту использует ваш ребенок: по возрасту, для взрослых |  |  |  |
| ***11*** | Перекусывает ли ребенок между основными приемами пищи продуктами/напитками, содержащими большое количество сахара? Как часто? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ раз в день |  |  |  |
| «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата Подпись Расшифровка подписи | | | | |
|  | **МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ** | **Да** | **Нет** | **Не знаю** |
| ***1.*** | **Перенесенные и сопутствующие заболевания** | | | |
| ***1.1*** | Заболевания сердца и сосудов |  |  |  |
| ***1.2.*** | Повышение / понижение (*нужное подчеркните*) артериального давления |  |  |  |
| ***1.3.*** | Заболевания легких |  |  |  |
| ***1.4.*** | Бронхиальная астма |  |  |  |
| ***1.5.*** | Заболевания желудочно-кишечного тракта |  |  |  |
| ***1.6.*** | Заболевания печени |  |  |  |
| ***1.7.*** | Заболевания почек |  |  |  |
| ***1.8.*** | Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез |  |  |  |
| ***1.9.*** | Сахарный диабет |  |  |  |
| ***1.10*** | Эпилепсия и др. заболевания центральной нервной системы |  |  |  |
| ***1.11*** | Нарушение свертываемости крови |  |  |  |
| ***1.12*** | Заболевания кожи |  |  |  |
| ***1.13*** | Туберкулез легких |  |  |  |
| ***1.14*** | ВИЧ-инфекция |  |  |  |
| ***1.15*** | Гепатит (австралийский антиген) |  |  |  |
| ***1.16*** | Другие заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| ***2.*** | Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов (*нужное подчеркните*) |  |  |  |
| ***3.*** | Были ли у ребёнка оперативные вмешательства за последние 6 месяцев? |  |  |  |
| ***4.*** | Есть ли у ребенка аллергия на:  а. местные анестетики типа новокаин  б. местные анестетики типа ультракаин (артикаин), лидокаин  в. антибиотики, если да, укажите какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  г. сульфаниламиды  д. препараты йода  е. другие лекарственные препараты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ж. пищевые продукты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  з. пыльцу растений  и. шерсть животных  другие вещества\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| ***5.*** | Принимает ли ребенок какие-либо лекарственные препараты или медикаменты на данный момент? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ РЕБЕНКА** | | | | |
| Возраст матери на момент родов \_\_\_\_\_\_\_ лет  Родовая травма у ребенка нет /да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тип вскармливания: грудное (до \_ г. \_\_\_ мес.), искусственное (с \_\_ г. \_\_ мес. до \_\_\_ г. \_\_\_ мес.)  Прорезывание молочных зубов (в срок /нет) в \_\_\_\_\_\_ мес., постоянных зубов (в срок /нет) в \_\_\_\_\_\_\_лет. | | | | |

Я искренне ответил(а) на вопросы. Дополнительно хочу сообщить о моем ребенке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять. Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния здоро­вья. Мне известно, что гарантии на каждую выполненную работу будут определяться с учетом состояния здоровья моего ребенка. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить об этом врачу. Я информирован(а) о необходимости выполнения перед стоматологическим лечением рентгеновских снимков.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Расшифровка подписи

Мы будем благодарны, если Вы ответите еще на один вопрос:

Я узнал (а) о Стоматологии для детей и подростков «Диадент»:

- знаю давно, другой ребенок наблюдается;

- через поисковые системы сети Интернет / из социальных сетей;

- увидел(а) вывеску / живу рядом;

- из рекламы в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- от родных или знакомых, которые наблюдаются / работают в Детском «Диаденте»;

- другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Доверенность

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет, в

ООО Стоматология «Диадент»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель)

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. , зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

поручаю представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО Стоматология «Диадент» по поводу лечения/обследования моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_» \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г.р.

Фамилия, имя, отчество и дата рождения ребенка

Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдано

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Дата выдачи Кем выдано

а именно:

* подписывать договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и все приложения к договору;
* принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств, планы обследования и лечения;
* оплачивать лечение ребенка;
* получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в устной форме, в виде копий и выписок из медицинской документации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество Доверенного лица

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Срок действия Доверенности – 1 год.

Я понимаю, что при оформлении Договора возмездного оказания медицинских (стоматологических) услуг на доверенное лицо и лечении моего ребенка без моего присутствия я не смогу подать документы на возврат налогового вычета.

Дата: « » 202 г.

Доверитель (законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия И.О. Подпись

Удостоверяющее лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия И.О. Подпись

Наименование организации: М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со ст. 53 ГПК РФ «Доверенности, выдаваемые гражданами, могут быть удостоверены в нотариальном порядке либо организацией, в которой работает или учится доверитель, товариществом собственников жилья, жилищным, жилищно-строительным или иным специализированным потребительским кооперативом, осуществляющим управление многоквартирным домом, управляющей организацией по месту жительства доверителя, администрацией организации социального обслуживания, в которой находится доверитель, а также стационарного лечебного учреждения, в котором доверитель находится на излечении, командиром (начальником) соответствующих воинских части, соединения, учреждения, военной профессиональной образовательной организации, военной образовательной организации высшего образования, если доверенности выдаются военнослужащими, работниками этих части, соединения, учреждения, военной профессиональной образовательной организации, военной образовательной организации высшего образования или членами их семей. Доверенности лиц, находящихся в местах лишения свободы, удостоверяются начальником соответствующего места лишения свободы».