

Утверждаю
Директор ООО «Формула улыбки»
Дубровская О.А.

ДОГОВОР № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Самара

_____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Формула улыбки», ИНН 6319691025 , ОГРН 1076319014166, зарегистрированное ИФНС по Промышленному району г. Самары 10 августа 2007 года (свидетельство серии 63№ 004459855), находящееся по адресу: 443111, Самарская область, г. Самара, ул. Ново-Вокзальная, д. 146 «А» ком. 39-50, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с **лицензией № Л041-01184-63/00302852**, дата регистрации 04 декабря 2015 г. (действующей бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Самарской области, находящегося по адресу: г. Самара, ул. Ленинская, д. 73, тел. (846) 332-93-30. Приказ лицензирующего органа: № 6929 от 29.07.2022 г. **Официальный ресурс в интернет:** www.formula.ru. **Перечень услуг** согласно приложению: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии , сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице директора Дубровской Ольги Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(фамилия, имя и отчество (если имеется) Потребителя (законного представителя Потребителя, Заказчика, лица, заключающего договор от имени Потребителя)
действующий в интересах пациента

(фамилия, имя и отчество (если имеется) несовершеннолетнего, либо недееспособного Потребителя, либо Потребителя по договору с Заказчиком)

(адрес места жительства Потребителя (законного представителя Потребителя)

именуемый в дальнейшем **Потребитель**, с другой стороны, в дальнейшем именуемые **Стороны** , заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги согласно Перечню услуг (далее по тексту «медицинские услуги»), заказанные им по своей личной инициативе, если Потребителю данные медицинские услуги не противопоказаны по состоянию его здоровья.

1.2. Потребитель обязуется своевременно оплачивать медицинские услуги в соответствии с прейскурантом цен, утвержденном Исполнителем, на условиях данного договора.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Информация о факте обращения за медицинской услугой, состоянии здоровья Потребителя, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя, допускается в случаях, установленных действующим законодательством РФ.

2.2. Потребитель подписанием настоящего Договора подтверждает, что ему до заключения Договора Потребителю предоставлена в доступной и понятной форме информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ООО «Формула улыбки» не участвует в реализации программ государственных гарантий);

- о перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях (прейскурант);

- о сроках оказания и ожидания предоставления платных медицинских услуг: исполнитель приступает к оказанию платных медицинских услуг Дата договора г., либо в иные сроки, отдельно согласованные в плане лечения, при условии наличия информированного добровольного согласия пациента на оказание конкретных услуг ;

- о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

- сведения о медицинских работниках, отвечающих за предоставление соответствующих платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- образец договора;

- перечень категорий потребителей, имеющих право на льготы и льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;

- положение об установлении гарантийных сроков;

- правила внутреннего распорядка.

2.3. С учетом информации п.2.2 настоящего договора Потребитель, подписав настоящий договор, добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

2.4. До заключения договора Исполнитель в письменной форме путем внесения данного пункта в договор уведомил Потребителя о том, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. 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.

2.5. Исполнитель обращает внимание Потребителя на то, что в процессе осуществления медицинской услуги за Потребителем сохраняется право на отказ от медицинского вмешательства, которое оформляется записью в медицинской документации, подписывается Потребителем и врачом.

2.6. Потребитель информирован и не возражает против того, что в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги на основе клинических рекомендаций, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления

отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя оформляется в виде письменного согласия Потребителя (Заказчика).

3.1.2. После исполнения Договора по требованию Потребителя Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские документы (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, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Медицинские документы предоставляются в соответствии с порядком, утвержденным приказом МЗ РФ от 15.04.2026 г. №286 н.

3.2. После исполнения Договора Исполнитель по личному заявлению Потребителя (Заказчика, при наличии согласия Потребителя или его законного представителя)) предоставляет Потребителю документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения: копию Договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справку об оплате медицинских услуг по установленной форме; рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью Исполнителя (при ее наличии) или выписку из медицинской документации пациента, содержащую сведения о назначении лекарственного препарата.

3.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги при условии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в форме информированного добровольного согласия доводится информация о методах и способах оказания медицинской помощи, противопоказаниях и возможных осложнениях.

3.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с предоставлением на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных Договором, то Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика), и получить его согласие. Отказ Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, оформляется в письменном виде. Исполнитель разъясняет Потребителю последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно, либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.5. Исполнитель имеет право отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору при объективной невозможности в момент обращения Потребителя оказания медицинской услуги надлежащим образом.

3.6. Исполнитель имеет право отказать в приеме Потребителю в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.

3.7. Исполнитель имеет право перенести срок получения услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 15 минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

4.1. Потребитель, получающий медицинские услуги, вправе: требовать предоставления услуг надлежащего качества, установленного нормативными актами РФ, в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору. В случае отказа потребителя и (или) Заказчика после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор прекращается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4.2. Потребитель обязуется: своевременно оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в порядке, установленном в п.5 договора; предоставить Исполнителю всю необходимую для исполнения договора полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья на момент обращения за медицинской услугой. В случае не предоставления Потребителем информации, предоставлении неверной информации или намеренном сокрытии её Исполнитель освобождается от

ответственности по обязательствам данного договора; выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью; за 24 (двадцать четыре) часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги, бережно относиться к имуществу Исполнителя, при повреждении Потребителем имущества Исполнителя возместить причиненный ущерб.

4.3. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю. Информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

4.4. В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. Потребитель дает согласие на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, сведения о состоянии здоровья) в целях исполнения данного договора и в соответствии с требованиями законодательных актов РФ.

4.5. Потребитель удостоверяет, что на момент заключения настоящего Договора ему не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». В случае постановки диагноза «наркомания» Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя, он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство. В случае изменений в части данного пункта настоящего Договора, Потребитель обязан уведомить об этом Исполнителя.

5. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. На оказание платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, может быть составлена твердая или приблизительная смета (финансовый план). Составление такой сметы по требованию потребителя и (или) Заказчика или Исполнителя обязательно (смета при ее составлении является неотъемлемой частью Договора). Стоимость медицинских услуг определяется на основании плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

5.2. Оказанные в соответствии с п. 3.4 настоящего Договора дополнительные платные медицинские услуги оплачиваются Потребителем по прейскуранту, действующему на момент оказания услуг.

5.3. Потребитель оплачивает стоимость полученных медицинских услуг непосредственно в день оказания услуг, после их оказания. В случае, если план лечения предполагает оказание услуг в несколько посещений при ортопедическом и/или ортодонтическом лечении, Потребитель оплачивает не менее 50% стоимости – до начала выполнения согласованного Сторонами Плана лечения (до начала оказания услуг), оставшуюся сумму оплачивает до установки конструкций Потребителю. Оплата производится путем внесения наличных денежных средств в кассу исполнителя и/или в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

5.4. В случае просрочки оплаты медицинских услуг Пациентом более чем на 3 (три) рабочих дня, Исполнитель вправе начислять неустойку в размере 0,1 % от суммы задолженности за каждый день просрочки, но не более 10% от общей суммы задолженности. Неустойка начисляется с даты, следующей за днем, когда оплата должна была быть произведена в соответствии с условиями настоящего Договора.

О начислении неустойки Исполнитель уведомляет Пациента в письменной форме или посредством контактных данных, указанных в Договоре, в течение 3 рабочих дней с момента возникновения просрочки.

В случае просрочки оплаты более чем на 30 календарных дней, Исполнитель вправе приостановить оказание дальнейших медицинских услуг до полного погашения задолженности.

Исполнитель также вправе обратиться в суд для взыскания задолженности, неустойки и судебных издержек.

5.5. Потребитель может осуществить предоплату медицинских услуг.

5.6. Оплата стоимости медицинских услуг (полная или частичная) может осуществляться за Потребителя/Заказчика страховой компанией или иным юридическим лицом (далее – Плательщик) в объеме и на условиях, определенных гарантийным письмом Плательщика, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора, и/или действующим договором между Исполнителем и Плательщиком. При оказании Потребителю медицинских услуг в объеме и по стоимости, превышающими согласованные и оплаченные Плательщиком, а также в случаях отсутствия подтверждения оплаты медицинских услуг со стороны Плательщика или их неоплаты по любым основаниям, оплата стоимости медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется непосредственно Потребителем/Заказчиком в сроки, не превышающие 60 календарных дней со дня оказания услуг.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН, РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Потребителем в случае:

6.3.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

6.3.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о возможности которых не был предупрежден Потребителем.

6.3.3. Возникновения осложнений при лечении в другой клинике.

6.4. Исполнитель имеет право отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в случае неоплаты Потребителем ранее оказанных медицинских услуг.

6.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

6.6. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.7. При возникновении споров по исполнению Договора стороны договорились стремиться разрешить ситуацию путем переговоров. Потребитель вправе подать обращение (жалобу) в органы государственной власти Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области 443079, г. Самара, проезд Георгия Митирёва, дом 1, тел.:260-38-25, эл.почта: sancntr@fsnsamara.ru. Сайт: <https://63.rospotrebnadzor.ru/> и руководству медицинской организации письменно лично либо почтовым отправлением по адресу: 443111, г. Самара, ул. Ново-Вокзальная, 146А, ком. 39-50, а также через формы обращения на сайтах органа государственной власти или медицинской организации <https://www.form-ula.ru>.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Количество экземпляров настоящего Договора соответствует количеству Сторон в подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.5. Договор заключается на один год и вступает в силу с момента подписания его сторонами. Действие договора продлевается каждый раз на следующий период, равный первоначальному сроку действия Договора, если за 10 (десять) календарных дней до окончания срока действия договора ни одна из сторон не заявит письменно о прекращении его действия.

7.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

7.4. Подписывая данный договор, Потребитель дает согласие на получение информационных материалов и прямые контакты посредством электронной, телефонной связи, sms , сообщений в мессенджерах и социальных сетях, почтовой рассылки.

В рамках исполнения настоящего Договора Стороны могут осуществлять обмен информацией посредством электронной почты smile-formula@mail.ru и в мессенджере МАХ (номер +7 917 113 03 01). Стороны сохраняют доказательства направленной и полученной информации. Сообщения,

отправленные с телефонного номера в мессенджере МАХ и с адреса электронной почты, указанных в разделе «Реквизиты сторон» , считаются исходящими от Пациента. Направление справок , копий документов и выписок из медицинской документации в адрес пациента через эти каналы не предусмотрена действующими нормативными актами Налогового кодекса РФ и иными положениями законодательства Российской Федерации (приказ МЗ РФ от 15.04.2026 г. №286н) .

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Формула улыбки»

ИНН/КПП 6319691025/631901001

443111, г. Самара,
ул. Ново-Вокзальная, 146А, ком. 39-50

ОКПО 81865609

ОГРН 1076319014166

Р/счет № 40702810054400006419
в Поволжский банк
ПАО «Сбербанк России" г.Самара
БИК 043601607

Директор _____
Дубровская О.А.

М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ / ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ/ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О. _____

Адрес регистрации: _____

Паспорт серия ____ номер _____
выдан ____ - ____

код подразд. _____

**Реквизиты документа, подтверждающего
полномочия представителя на заключение
договора:**

Свидетельство о рождении (несовершеннолетнего)

_____ от _____

Доверенность _____
_____ от _____

Удостоверение опекуна (акт о назначении
опекуна) _____

Телефон: _____

Электронная почта: _____

Подпись _____