



2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой стороны при исполнении настоящего Договора.

### 3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии подписанного (согласованного) Информированного добровольного Согласия Пациента на медицинское вмешательство (Приложение №1).
- 3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность Медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами и другими документами, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 3.3. Заказчик (Потребитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 3.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 3.5. Заказчик (Потребитель) незамедлительно ставит в известность медицинских работников Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 3.6. Заказчик (Потребитель), подписавшим настоящим договором, дает Исполнителю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение данных, передачу данных третьим лицам в порядке, установленном Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006г. «О персональных данных», иными нормативными правовыми актами, регулирующими порядок информационного обмена в целях исполнения настоящего Договора.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несёт ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
- 4.2. Заказчик (Потребитель) несёт ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

### 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 5.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

### 6. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА И ПОДПИСИ СТОРОН

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:** ООО «ДентаЛорис»

Лицензия министерства здравоохранения пермского края от 25.12.2020г. № ЛО-59-01-005530

Юридический адрес: г. Пермь, ул. Попова, д. 59а, 2 этаж, оф. 13, тел. 8 (991)815-50-25

Фактический адрес: г. Пермь, ул. Попова, д. 59а, 2 этаж, оф. 13, тел. 8 (991)815-50-25

ИНН 5902058625, КПП 590201001, ОГРН 1205900017070 от 6 июля 2020г.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

Директор ООО «ДентаЛорис» \_\_\_\_\_ /Митрофанов В.В./

**ЗАКАЗЧИК (ПОТРЕБИТЕЛЬ, законный представитель Потребителя):**

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. Подпись \_\_\_\_\_

**Пациент (когда Заказчик и Пациент не одно лицо):**

Ф.И.О. (полностью): \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г. Подпись \_\_\_\_\_

\*Прошу отправить исследование моему лечащему врачу \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_