ООО «ММ-КЛИНИК» (Стоматологическая клиника MM Clinic)
ИНН 2367013086 • КПП 236701001 • ОГРН 1202300011540 (от 14.02.2020 г.)
Лицензия № Л041-01126-23/00362903 (выдана Минздравом Краснодарского края, бессрочно)

г. Сочи, Адлерский р-н, ул. Ромашек, д. 48А
Тел.: +7 (928) 204-50-50, +7 (988) 235-30-03
Официальный сайт: https://mm-clinic.ru

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ОБРАЗЕЦ)

г. Сочи (Адлерский район) • «____» _____ 2026 г.

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (п. 24 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736):
До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения и графика профилактических осмотров, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
С уведомлением ознакомлен(а) до подписания Договора: _____ / _____ /

Общество с ограниченной ответственностью «ММ-КЛИНИК» (ООО «ММ-КЛИНИК»), адрес места нахождения (юридический адрес): 354340, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Молокова, д. 10, офис 3; адрес места осуществления медицинской деятельности: 354340, Краснодарский край, г. Сочи, Адлерский район, ул. Ромашек, д. 48А; ОГРН 1202300011540 (зарегистрировано Межрайонной ИФНС России № 8 по Краснодарскому краю 14.02.2020 г.), ИНН 2367013086, КПП 236701001, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности **№ Л041-01126-23/00362903**, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края (350020, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, тел. +7 (861) 992-52-91, бессрочно), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Генерального директора Минасяна Грача Хачиковича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка):

Ф.И.О. Пациента (Потребителя / Заказчика): _____,
дата рождения: «____» _____ _____ г., документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____, выдан _____,
адрес проживания: _____, тел.: _____, именуемый(ая) в дальнейшем **«Потребитель» (Пациент)**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора и информация о государственной программе

1.1. Исполнитель обязуется на основании добровольного обращения Потребителя оказать ему платные стоматологические медицинские услуги в соответствии с действующим Прейскурантом ООО «ММ-КЛИНИК» и согласованным Планом лечения (Сметой — Приложение № 1 к настоящему Договору), а Потребитель обязуется своевременно оплатить оказанные услуги.

1.2. До заключения Договора Потребитель проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий Краснодарского края в медицинских

организациях, работающих в системе ОМС. ООО «ММ-КЛИНИК» не участвует в реализации программы ОМС и оказывает услуги на возмездной основе по добровольному выбору Потребителя.

1.3. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются работы (услуги) по рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ортодонтии, стоматологии детской, организации здравоохранения и общественному здоровью.

2. Условия, сроки ожидания и порядок предоставления услуг

2.1. Медицинские услуги оказываются по адресу: 354340, Краснодарский край, г. Сочи, Адлерский р-н, ул. Ромашек, д. 48А, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями Минздрава РФ (размещёнными на официальном рубрикаторе **https://cr.minzdrav.gov.ru**) и стандартами медицинской помощи.

2.2. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является подписание Потребителем (законным представителем) письменного Информированного добровольного согласия (ИДС) в порядке ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

2.3. Срок ожидания планового первичного приёма составляет от 1 до 7 календарных дней по предварительной записи; при острой зубной боли приём осуществляется в день обращения в часы работы клиники (09:00–21:00). Конкретные сроки этапов лечения определяются в Плане лечения (Приложение № 1) с учётом клинических показаний и сроков остеоинтеграции / зуботехнического изготовления.

3. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчётов

3.1. Стоимость услуг определяется по утверждённому Прейскуранту ООО «ММ-КЛИНИК» (с кодами номенклатуры Минздрава РФ), размещённому на сайте **https://mm-clinic.ru/prices.html** и на информационном стенде клиники, и фиксируется в Приложении № 1 (Смете) и Актах выполненных работ.

3.2. Без письменного согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе (п. 27 ПП РФ № 736).

3.3. Оплата производится в рублях РФ наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, банковской картой (СБП) либо безналичным переводом на расчётный счёт Исполнителя с выдачей контрольно-кассового чека. По заявлению Потребителя Исполнитель бесплатно в течение 3–5 рабочих дней оформляет Справку об оплате медицинских услуг для налогового вычета 13% НДФЛ (ст. 219 НК РФ).

4. Права, обязанности, гарантии и ответственность Сторон

4.1. Потребитель имеет право на получение достоверной информации о состоянии здоровья, выбор лечащего врача, соблюдение врачебной тайны (ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ), получение выписок и копий медицинских документов (в течение 10 рабочих дней по письменному запросу), а также на предъявление требований в соответствии с Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4.2. Потребитель обязан до начала лечения сообщить врачу полные и достоверные сведения о перенесённых и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых препаратах,

беременности, а также строго соблюдать врачебные рекомендации и являться на контрольные осмотры.

4.3. Гарантийные сроки и сроки службы на овеществлённые результаты стоматологических работ устанавливаются в соответствии с «Положением о гарантиях ООО «ММ-КЛИНИК»» и указываются в Акте выполненных работ при условии соблюдения графика профессиональной гигиены и профилактических осмотров (не реже 1 раза в 6 месяцев).

4.4. Исполнитель несёт ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, а также за причинение вреда жизни или здоровью Потребителя в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5. Порядок изменения, расторжения Договора и надзорные органы

5.1. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору (ст. 32 Закона РФ «О защите прав потребителей», п. 31 ПП РФ № 736).

5.2. Адреса и телефоны контролирующих органов: Министерство здравоохранения Краснодарского края (350020, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276/1, тел. +7 (861) 992-52-91); Территориальный орган Росздравнадзора по Краснодарскому краю (350059, г. Краснодар, ул. Васнецова, д. 39, тел. +7 (861) 275-39-00); Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю (350000, г. Краснодар, ул. Рашпилевская, д. 100, тел. +7 (861) 259-36-86; ТО в г. Сочи: 354000, г. Сочи, ул. Роз, д. 27, тел. +7 (862) 264-77-75).

5.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует бессрочно (на весь период обращения Потребителя в клинику), составлен в двух экземплярах равной юридической силы.

Приложение № 1 (форма Сметы / Предварительного плана лечения)

№	Код услуги (Номенклатура МЗ РФ)	Наименование платной медицинской услуги	Кол-во	Цена (₽)	Сумма (₽)
1	B01.065.001 / B01.067.001	Первичный осмотр врача-стоматолога и составление плана лечения	1	1 500	1 500
2	_____	_____	___	_____	_____

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «ММ-КЛИНИК»
Юр. адрес: 354340, г. Сочи, ул. Молокова, д. 10, оф. 3
Адрес клиники: 354340, г. Сочи, ул. Ромашек, д. 48А
ИНН 2367013086 / КПП 236701001 / ОГРН 1202300011540
Р/с 40702810930060000466 в Филиале «Ростовский» ПАО «Сбербанк», БИК 046015602, к/с 30101810600000000602

Генеральный директор _____ / Г. Х. Минасян / М.П.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (ЗАКАЗЧИК / ПАЦИЕНТ):
Ф.И.О.: _____
Паспорт: _____
Телефон: _____
Экземпляр Договора и Сметы получил(а):

Подпись Потребителя _____ / _____ /