



Цифровая стоматология

Форма 1.1.1.

Редакция документа от
25.09.2026

Я подтверждаю, что до заключения Договора я уведомлен(а) о том, что:

- несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента, за что Исполнитель не несет ответственности;

- граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила нахождения пациентов в медицинской организации. Я понимаю, что законный представитель пациента несет полную ответственность за соблюдение его ребенком или подопечным указанных требований;

- любой пациент имеет право получить медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи. Исполнитель не участвует в таких программах и не оказывает бесплатную медицинскую помощь;

- платные медицинские услуги оказываются Исполнителем по добровольному желанию пациента (его законного представителя). Заключение Договора не является обязательным условием для получения какой-либо иной помощи, а отказ от заключения Договора не влечет для Пациента негативных последствий.

- мне в доступной форме предоставлена информация о медицинских работниках, отвечающих за предоставление платной медицинской услуги, об уровне их профессионального образования, о квалификации и опыте работы, а также о профессиональных уровнях врачей-стоматологов, и о том, что стоимость Услуг дифференцирована в зависимости от профессионального уровня врача; я выбираю врача по своему усмотрению с учетом его профессионального уровня.

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении Услуг. Я соглашаюсь на оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем утвержденный Минздравом стандарт медицинской помощи, который устанавливает минимальный перечень процедур для моего заболевания. Расширение этого объема означает, что по моей инициативе я получаю дополнительные обследования и вмешательства сверх установленного стандартного минимума, что позволяет повысить точность диагностики, качество и эффективность лечения. Я подтверждаю, что это мое добровольное решение. Конкретный перечень и объем таких услуг фиксируется в плане лечения, подписываемом мной до начала их оказания.

- паспортные данные мои (моего ребенка) внесены по копии документа, правильность данных подтверждаю:

(ФИО пациента или его законного представителя)

✓

(подпись)

Договор на предоставление платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

01.09.2026

Стороны:

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД»

Заказчик (законный представитель потребителя, приобретающий Услуги в пользу потребителя (пациента):

Степень родства: _____ на основании: _____

ФИО: _____

дата рождения: ДД.ММ.ГГГГ

место рождения: _____

паспорт серия: _____ №: _____

дата выдачи: _____

код подр.: _____

кем выдан: _____

адрес: _____

моб. тел. _____

СНИЛС: _____

email: _____

Потребитель (пациент) (раздел заполняется, если заказчик и пациент – разные лица):

ФИО: _____

дата рождения: ДД.ММ.ГГГГ

место рождения: _____

Паспорт/СоР серия: _____

№: _____

дата выдачи: _____

код подр.: _____

кем выдан: _____

адрес: _____

моб. тел. _____

СНИЛС: _____

email: _____

далее также совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона».

1. **Предмет договора.** Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги (далее – Услуги), а Пациент (Заказчик) обязуется их принять и оплатить в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских и немедицинских услуг ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД» (далее – Правила). Правила являются неотъемлемой частью Договора и обязательны для выполнения Сторонами. Правила опубликованы на сайте Исполнителя www.veronica.ru и в мобильном приложении «Вероника ЛТД», а также доступны на информационных стойках в клиниках Исполнителя. Исполнитель вправе обновлять Правила в одностороннем порядке. Заказчик/Пациент обязуется самостоятельно отслеживать актуальную редакцию Правил.

2. **Цена и порядок оплаты.** Перечень, объем и стоимость Услуг указываются в планах лечения, являющихся неотъемлемыми приложениями к Договору (приблизительными сметами). Цены на Услуги указаны в Прейскуранте, опубликованном на сайте Исполнителя www.veronica.ru, а также размещенном на информационных стойках в клиниках Исполнителя. Порядок оплаты различных видов Услуг, порядок изменения цены приблизительной сметы и

формирования твердой сметы определяется Правилами.

3. Ответственность сторон. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора Стороны несут ответственность, предусмотренную Договором, Правилами и действующим законодательством РФ. За просрочку оплаты Услуг Исполнителя Заказчик уплачивает штрафную неустойку в размере 1% от суммы долга за каждый календарный день просрочки начиная со второго дня. Уплата неустойки не освобождает Заказчика от оплаты Услуг в полном объеме.

4. Порядок изменения и расторжения Договора. Пациент вправе в любое время до момента оказания Услуг в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные последним расходы. Если услуги согласно Плану лечения частично оказаны, Исполнитель обязан оплатить фактически оказанные ему услуги согласно прейскуранту Исполнителя. При внесении Заказчиком аванса возврат неиспользованных средств осуществляется по письменному заявлению плательщика в течение 7 (семи) календарных дней тем же способом, каким денежные средства были уплачены Исполнителю.

На основании подп.4 п.4 ст. 26.1 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1, Пациент (Заказчик) не вправе отказаться от изготовленных по его заказу медицинских изделий надлежащего качества, поскольку такие изделия могут быть использованы исключительно приобретающим их лицом.

5. Выдача медицинских документов. Порядок и сроки выдачи медицинских документов (их копий и выписок из них) установлены Правилами в соответствии с действующим законодательством. Максимальный срок выдачи копий/выписок из медицинских документов составляет 30 календарных дней с даты регистрации запроса Заказчика/Пациента. Медицинские документы выдаются без взимания дополнительной платы.

6. Прочие условия оказания медицинских услуг установлены Правилами предоставления платных медицинских и немедицинских услуг ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД». Подписав Договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что ознакомлен и согласен с Правилами и обязуется их соблюдать. Правила доступны у администраторов клиник в распечатанном виде.

7. Адреса оказания Услуг:

- ☐ 197183, г. Санкт-Петербург, улица Савушкина, д. 8, корп. 2, лит. А – стоматология терапевтическая, хирургическая, профилактическая, общей практики, ортопедия, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело
- ☐ 199178, г. Санкт-Петербург, Средний проспект В.О. д. 48/27 пом. 23 лит. А – стоматология терапевтическая, хирургическая, профилактическая, общей практики, ортопедия, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело
- ☐ 192289, г. Санкт-Петербург, улица Олеко Дундича, д. 17, корп. 1, лит. А, пом. 3-Н – анестезиология и реаниматология, стоматология детская, профилактическая, общей практики, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело
- ☐ 197183, г. Санкт-Петербург, улица Савушкина, д. 12, лит. А, пом. 10Н – анестезиология и реаниматология, стоматология детская, профилактическая, общей практики, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело
- ☐ 194358, г. Санкт-Петербург, поселок Парголово, улица Федора Абрамова, дом 17, литера А, часть пом. 1-Н – анестезиология и реаниматология, стоматология терапевтическая, хирургическая, ортопедическая, детская, профилактическая, общей практики, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело
- ☐ 198206, Санкт-Петербург, улица Адмирала Трибуца, д. 5, лит. А, пом. 62Н – анестезиология и реаниматология, стоматология терапевтическая, детская, общей практики, ортодонтия, рентгенология, сестринское дело

8. Сведения об Исполнителе и подписи сторон:

Исполнитель:	Заказчик:
ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД» 197183, Санкт-Петербург, ул. Савушкина д.8, корп.2, лит. А, тел: +7 (812) 777-77-09 ИНН 7814015070, ОГРН 1037832009401 Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01148-78/00341702 выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 29.07.2020, срок действия: бессрочная Сайт: www.veronica.ru Email: mail@veronica.ru Представитель исполнителя: администратор _____/Фамилия И.О./ (доверенность от ДД.ММ.ГГГГ №XXXX)	
	(ФИО)
	(Подпись)

Скачать «Правила предоставления платных медицинских и немедицинских услуг ООО «ФИРМА ВЕРОНИКА ЛТД»:

Ознакомиться с юридической информацией для потребителей:



Благодарим Вас за выбор стоматологии
«Вероника» и просим ознакомиться с нашими
Правилами до первого визита в клинику

