

Договор на оказание медицинских услуг № _____

г. Саратов

«__» _____ 202__ г.

"Пациент"(законный представитель Пациента) _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Клиника красоты «СарБона» (далее – ООО «Клиника красоты «СарБона»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Нефедовой Елены Владимировны, действующей на основании Генеральной доверенности №1 от 10.01.2019 года, (ООО «Клиника красоты «СарБона») зарегистрировано 12 сентября 2018 года Инспекцией Федеральной налоговой службы по Фрунзенскому району г. Саратова ОГРН 1186451020942), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Основные понятия, используемые в настоящем Договоре:

если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- «**платные медицинские услуги**» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- «**потребитель**» – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- «**заказчик**» – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;А
- «**исполнитель**» – медицинская организация (ООО «Клиника красоты «СарБона»), предоставляющая платные медицинские услуги;
- «**медицинская организация**» – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- «**медицинский работник**» – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, квалификацию и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

1.2 Сведения об Исполнителе:

Медицинская организация – Общество с ограниченной ответственностью «Клиника красоты «СарБона». ИНН 6455071045. Сайт: <https://ksarbona@yandex.ru>.

Адрес места нахождения: 410056, г. Саратов, ул. им. Рахова В.Г., д.61/71, помещения. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

-статус: лицензия действующая

-регистрационный номер: Л041-01020-64/00333530 от 08.08.2019г.

- дата предоставления: "08" августа 2019 года

- лицензирующий орган: Министерство Здравоохранения Саратовской области. Адрес и телефон: 410012, г.Саратов, ул. Рабочая, дом 145/155, корп 2,тел 8(8452) 67-07-02, 67-06-22.

- лицензируемый вид деятельности: медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково».

- перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках договора: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медикосанитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

2. Предмет договора

2.1. Исполнитель обязуется в течение срока действия настоящего договора (далее – Договор) оказывать Заказчику и/или названным им лицам (потребителям медицинских услуг, именуемым далее Потребители) разовые платные медицинские услуги: консультативно-диагностические, лечебно-профилактические и другие - согласно Перечню, отраженному в Прейскуранте на медицинские услуги Исполнителя, действующему на момент оказания услуг, и размещенному на информационной стойке в регистратуре, а также на сайте Исполнителя в сети Интернет <https://klinika-sarbona.ru>, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основании клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи,

утверждаемых Минздравом РФ и опубликованных на сайте Минздрава РФ в сети Интернет <http://www.minzdrav.gov.ru>, <http://www.cg.minzdrav.gov.ru> либо на Официальном интернет-портале правовой информации www.pravo.gov.ru, а Заказчик обязуется полно и своевременно исполнять условия Договора, в том числе по оплате оказываемых услуг

2.2. Медицинские услуги осуществляются в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006".

2.3. Объем оказываемых медицинских услуг, порядок их оказания и сроки определяются в соответствии с предварительным диагнозом и медицинскими стандартами диагностики, лечения и реабилитации, согласовываются сторонами в Таблице №1..

2.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренных лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО64-01-004513 от "08" августа 2019 года., выданной Министерством Здравоохранения Саратовской области, копия которой является неотъемлемой частью настоящего Договора, по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом на медицинские услуги Исполнителя. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

2.5. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Заказчику (Потребителю), а Заказчик (Потребитель) получил в полном объеме информацию, включающую в себя сведения:

- об исполнителе;

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором с указанием цен в рублях в соответствии с Прейскурантом;

- об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, сроках и порядке их оплаты;

- о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- о квалификации и сертификации специалистов – работниках Исполнителя и др.

2.6 Конкретный перечень (программа, комплекс) медицинских услуг и срок их оказания определяются по согласованию между Заказчиком и Исполнителем, и, при необходимости, могут быть отражены в амбулаторной карте и в таблице №1 в настоящем Договоре. Сроки оказания медицинских услуг (выполнения конкретных мероприятий) определяются также ресурсными возможностями Заказчика и Исполнителя с учетом индивидуальных особенностей организма пациента и характера течения заболевания.

2.7 Заказчик (Потребитель) подтверждает, что Исполнителем:

- проинформирован о возможности получения медицинской услуги бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Саратовской области бесплатной медицинской помощи. С учетом этой информации подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласен на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.8 Таблица №1:

Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных пунктом 2.7 настоящего договора: _____.

По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги:

П/н	Наименование услуги
Итого:	

3. Права и обязанности сторон.

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи, с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и положений об организации оказания медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи, включающей в себя сведения о местонахождении лечебного учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских и иных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о лицензии лечебного учреждения, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные услуги.

3.1.3. Оказывать только те платные услуги, перечень которых утверждён Министерством Здравоохранения Саратовской области, и который соответствует действующей лицензии.

3.1.4. Предоставлять Заказчику информацию о бесплатно оказываемых медицинских услугах в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и т.д.).

3.1.6. После исполнения Договора выдать Пациенту медицинские документы (копии, выписки), 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.

3.1.7. Получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основных охрана здоровья граждан в РФ».

3.1.8. Своевременно информировать Заказчика о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений.

3.1.9. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

3.1.10. В связи с использованием в клинике видеонаблюдения информировать пациента о проведении видеозаписи его биометрических персональных данных.

3.1.11. Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» предоставить Заказчику возможность зарегистрировать претензию / обращение и получить на неё/него ответ в 30 дневный срок согласно Положению о порядке рассмотрения обращений граждан РФ.

3.1.12. В соответствии с нормами о защите прав потребителей (гл. III Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей") можно будет потребовать частичного возврата денег при нарушении сроков оказания медицинских услуг или выявлении недостатков оказанной медицинской услуги.

3.1.13. Оказать заказчику платные медицинские услуги по проведению лабораторных исследований биологического материала пациентов на основании Договора № 19-СРТ-2019 от 04.04.2019 года с ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ».

3.2 Исполнитель имеет право:

3.2.1. Определять длительность лечения, объём лечебно-диагностических услуг.

3.2.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объём исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.

3.2.3. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.2.4. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий, немедленно уведомив его об этом Заказчика, в случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения,
- в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора,
- при предоставлении Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента,
- при нарушении Заказчиком (Пациентом) правил внутреннего распорядка учреждения.

3.2.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с Потребителем направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.2.6. В течении действия настоящего Договора вносить изменения в Прейскурант в отношении стоимости медицинских услуг, о чем заблаговременно информирует Потребителя любым доступным способом. Размещение на сайте клиники нового Прейскуранта цен признается сторонами надлежащим уведомлением Потребителя об изменении стоимости медицинских услуг.

3.3 Заказчик обязуется:

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Оплатить стоимость медицинских и иных услуг, согласно утверждённому Прейскуранту в соответствии с настоящим Договором.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.9. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения ООО «Клиника красоты «СарБона», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.10. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дать информированное добровольное согласие на определённые виды медицинского вмешательства. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной

форме, подписывается Заказчиком и содержится в медицинской документации (Приложение №1).

3.3.11. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- ознакомил его с действующим в ООО «Клиника красоты «СарБона» Прейскурантом на платные медицинские услуги,
- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «Клиника красоты «СарБона»;
- до заключения настоящего Договора уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента.
- ознакомил его с показаниями, противопоказаниями и возможными осложнениями (в т.ч. и отдалёнными) на проводимую процедуру.

3.3.12. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.4 Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг (в том числе отказаться от медицинского вмешательства) до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг. Либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается Заказчиком и содержится в медицинской документации.

3.4.4. На качественную и безопасную медицинскую помощь (услугу), а так же соблюдение иных прав, предусмотренных действующими законодательством.

3.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платных медицинских и иных услуг (лицензия, дипломы, сертификаты, удостоверения и др.).

3.4.6. На выбор врача (медицинского сотрудника), который будет оказывать медицинскую услугу.

3.4.7. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Перед получением услуги Заказчик (Потребитель) ознакомлен администратором клиники в устной форме с перечнем предоставляемых платных медицинских услуг, со стоимостью предоставляемых услуг в соответствии с прейскурантом цен Исполнителя. С указанной информацией Заказчик (Потребитель) также может ознакомиться на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

4.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг указываются в Таблице №1 п.2.8 в настоящем Договоре (в том числе в актах оказания медицинских услуг).

4.3. Срок начала предоставления (оказания) конкретной услуги определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю. Сроки предоставления (оказания) конкретных услуг, проведения лечения определяются и конкретизируются по соглашению с Потребителем, исходя из периода, необходимого для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий; общего соматического статуса пациента; его психоэмоционального состояния; наличия у него и у медицинского работника Исполнителя свободного времени, остроты клинической ситуации. Количество приемов определяется индивидуально.

4.4. Стоимость медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя, действующего на дату оказания конкретной услуги. Согласно перечню медицинских услуг в пункте 2.8 настоящего Договора стоимость составляет _____ (_____)

_____ рублей.

4.5. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения медицинских и иных услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на расчётный счет Исполнителя.

4.6. При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения Заказчика Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке Заказчика Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев).

4.7 По желанию Заказчика, действующего в интересах Пациента, стоимость услуг может оплатить сам Заказчик или иные физические и юридические лица.

4.8 При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия или по просьбе Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту. Дополнительные услуги, при необходимости их оказания, предоставляются на основании отдельно заключаемого договора.

4.9 Исполнитель обязан выдать Заказчику чек в случае произведения расчётов за платные услуги через кассу учреждения посредством ККМ.

4.10 В случае если предварительная стоимость медицинских услуг превысит окончательную, Исполнитель возвращает разницу Заказчику (или иному физическому лицу, производившему оплату лечения Пациента). Не позднее дня окончания оказания услуг.

4.11 В случае если окончательная стоимость услуг превысит предварительную, Заказчик производит доплату оставшейся суммы не позднее дня окончания оказания услуг.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. В случае возникновения претензионных требований, оформленных в письменном виде со стороны Заказчика (Потребителя) на имя Главного врача - претензия рассматривается в десятидневный срок.

5.6. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту, и не несет ответственности за действия третьих лиц.

5.7. Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнения, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и побочные эффекты и осложнения, перечисленные в п.4.4 настоящего Договора, возникли вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

5.8. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие её.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

6.4. Для обращения в суд по поводу качества оказания платных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается:

- в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика (Потребителя).

- в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя и по одному экземпляру - для Заказчика и Потребителя (при наличии Потребителя).

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7.5. Настоящий договор вступает в силу с « ___ » _____ 20__ года .

7.6. Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.7. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7.8. Настоящим прошу направлять мне результаты моих обследований на электронную почту.
v _____. При этом информирован(а) Исполнителем о том, что электронная почта является открытым ненадежным источником информации и не защищается Исполнителем. За доступ к указанной мной электронной почте третьих лиц, а равно за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну Исполнитель ответственности не несет, и я принимаю на себя все возможные риски.

ФИО Потребителя/подпись _____ / _____

7.9 Одновременно с заключением Договора Заказчик (Потребитель) представляет Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме согласно Приложению № 2 к Договору.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон :

Исполнитель:	Заказчик:	Потребитель:
ООО «Клиника красоты «СарБона»	Ф.И.О.	Ф.И.О.
Юридический адрес: 10056, Саратовская область, г. Саратов, ул. им. Рахова В.Г., д.61/71, помещение 1. Т. 39-55-56	Документ, удостоверяющий личность:	Документ, удостоверяющий личность:
ОГРН 1186451020942	Дата рождения:	Дата рождения:
ИНН\КПП 6455071045/645501001	Адрес и место жительства:	Адрес и место жительства:
р/сч 40702810456000000688	Телефон:	Телефон:

9. Подписи сторон

Исполнитель: **Главный врач**
ООО «Клиника красоты «СарБона»
_____ **Е.В.Нефедова**

Заказчик : _____
Потребитель: _____

Приложение №1

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, _____,

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо 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. № 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 Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника красоты «СарБона» _____ медицинским _____ работником

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» .

Сведения о выбранном мною лице, которому в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального Закона от 21 ноября 2011г. №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 :

(подпись)(ФИО гражданина (Потребителя) или законного представителя, телефон)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

Согласие на обработку персональных данных

Я (Ф.И.О.) _____

проживающий по адресу _____

по месту регистрации _____

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника красоты «СарБона» 410056, г.Саратов, ул.им. Рахова В.Г., д.61/71, помещение 1 (далее- Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза) и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные включением в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных .

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

ООО «Клиника красоты «СарБона» с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (пять лет – для клиники)

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «_____» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по плате оказанной мне до этого медицинской помощи.

/_/ - я согласен получать смс уведомления о скидках и акциях в медицинской клинике.

/_/ - я даю своё согласие на отправку результатов анализов мне по электронной почте.

Электронная почта _____
 контактный телефон _____

Подпись субъекта персональных данных _____ Дата _____

Главный врач ООО «Клиника красоты «СарБона» _____ Нефедова Е.В.

МП

Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг.

«__» _____ 20__ г.

Я, потребитель (заказчик) _____, на основании Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. № 1006» в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в ООО «Клиника красоты «СарБона», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован(а) и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик): ФИО, подпись _____

Уведомил медицинский работник ООО «Клиника красоты «СарБона»: _____

Подпись мп

Акт об оказанных медицинских услугах ООО «Клиника красоты «СарБона» Приложение к Договору об оказании платных медицинских услуг

Ф.И.О. Заказчика: _____

Побочные эффекты в косметологии на проводимые медицинские процедуры могут проявляться либо непосредственно в момент проведения обработки кожи, либо спустя короткие промежутки времени. Несмотря на то, что такие эффекты являются и временными, о любых неблагоприятных реакциях следует немедленно сообщать врачу, в течении суток. Мне ясно, что предложенное лечение направлено на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован. Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом. Все медицинские термины мне разъяснены и понятны. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Дата проведения	Оказанные услуги	Стоимость процедуры	Исполнитель ФИО	Заказчик Услуги оказаны полностью, претензий к качеству и количеству оказанных Исполнителем услуг Заказчик не имеет. Подпись

Врач: _____ Пациент: _____ / _____