УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора в письменной форме я уведомлен исполнителем Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор») о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача, медицинской сестры), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)*  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на оказание медицинских услуг

г. Смоленск  **дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»),** именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующей на основании доверенности №**\_\_\_\_\_**, с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», руководствуясь Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также условиями лицензирования Исполнителя, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, согласно перечню видов работ и услуг, указанных в лицензии Исполнителя, а Пациент обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленных настоящим договором.

1.2. Общий перечень и стоимость медицинских услуг, которые могут быть оказаны Пациенту, указаны в прейскуранте Исполнителя~~.~~

1.3. При заключении договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: а) порядки и стандарты оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; б) сведения о профессиональном образовании и квалификации конкретного медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу; в) сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется на основании регистрационного номера лицензии Л041-01128-67/00303100 от 18.12.2015г., лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Смоленской области. Адрес места нахождения лицензирующего органа: РФ, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1. Телефон: +7 (4812) 29-22-01.

1.5. Предусмотренные настоящим договором услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя адресу 214038, Смоленская обл., гор. округ г. Смоленск, г. Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д либо по месту жительства Пациента, если в соответствии с лицензией Исполнителя на осуществление медицинской деятельности, требованиями действующего законодательства РФ, стандартами и порядками медицинской помощи оказание соответствующих услуг возможно в домашних условиях.

1.6. В соответствии с лицензией Исполнитель имеет право выполнять следующие работы (услуги): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

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: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине);

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психотерапии; пульмонологии; сердечно-сосудистой хирургии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности;

1.7. Лечащий врач назначается Исполнителем с согласия Пациента при заключении договора. По соглашению Сторон может быть произведена замена лечащего врача, о чем в амбулаторной карте Пациента должна быть сделана соответствующая запись.

**2. Сроки оказания услуг**

2.1. Сроки оказания медицинских услуг указаны в Приложении №1 к договору.

2.2. В случае если в процессе лечения станет очевидно, что ввиду сложности манипуляций либо по иным объективным причинам услуги не будут оказаны в срок, Стороны имеют право составить и подписать дополнительное соглашение к настоящему договору, предусматривающее новые сроки оказания услуг.

2.3. Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков оказания услуг, если причиной их нарушения явилось неисполнение либо ненадлежащее исполнение Пациентом условий настоящего договора (неоплата либо несвоевременная оплата оказываемых Исполнителем услуг, неоднократная неявка на прием в согласованное Сторонами время и т.п.).

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. провести обследование Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимых медицинских услуг;

3.1.2. результаты обследования, диагноз и план лечения отразить в амбулаторной карте, в том числе в электронном виде;

3.1.3. ознакомить Пациента с вариантами лечения и прейскурантом, согласовать план лечения;

3.1.4. обеспечить оказание Пациенту услуг надлежащего качества;

3.1.5. своевременно ставить Пациента в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг, и возможных осложнениях;

3.1.6. своевременно получать согласие Пациента на медицинское вмешательство;

3.1.7. соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну;

3.1.8. предупредить Пациента о необходимости предоставления ему на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять такие услуги на возмездной основе.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. устанавливать дату и время оказания медицинских услуг Пациенту, исходя из фактической обстановки (загруженности персонала и т.п.), сложившейся к моменту обращения Пациента. Время оказания медицинских услуг может быть сокращено либо увеличено в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, необходимости оказания дополнительной, экстренной помощи. Пациенту может быть предложено перенести согласованный срок оказания медицинской услуги на другое время;

3.2.2. требовать от Пациента предоставления паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

3.2.3. в случае опоздания Пациента на прием на десять минут и более, перенести дату и время приема на другое свободное время;

3.2.4. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, если продолжение лечения может вызвать неблагоприятные последствия для здоровья Пациента;

3.2.5. отказать Пациенту в лечении в случае, если последний явился на прием в состоянии опьянения;

3.2.6. приостановить оказание услуг, если Пациент не исполняет либо исполняет ненадлежащим образом свои обязательства по настоящему договору.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Всю ответственность за последствия непредставления либо представления неполной или недостоверной информации о состоянии своего здоровья несет Пациент;

3.3.2. являться на прием в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием в согласованное ранее время Пациент обязан предупредить Исполнителя об этом не менее чем за 24 часа по телефону, посредством электронной почты либо с использованием иных средств связи;

3.3.3. иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;

3.3.4. выполнять все указания лечащего врача;

3.3.5. оплачивать стоимость медицинских услуг до начала их оказания согласно прейскуранту, действующему на момент оплаты услуг;

3.3.6. обеспечивать целость и сохранность медицинского оборудования Исполнителя, если таковое было временно передано Пациенту для оказания предусмотренных настоящим договором медицинских услуг. Возместить Исполнителю полную стоимость медицинского оборудования, если в процессе оказания соответствующих медицинских услуг Пациент его утратил или повредил.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья и проводимом лечении;

3.4.2. получать услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора;

3.4.3. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю объема оказанных к моменту отказа услуг.

3.4.4. предварительно направив Исполнителю письменное заявление, безвозмездно получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после оказания медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Запрошенные Пациентом документы Исполнитель обязуется предоставить в течение трех рабочих дней со дня получения письменного заявления, содержащего соответствующий запрос.

3.5. Помимо указанных в настоящем договоре, Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость услуг определяется Исполнителем на основании утвержденного им прейскуранта.

4.2. Пациент производит оплату медицинских услуг непосредственно перед их оказанием. В случае если в процессе сеанса лечения Пациенту помимо оплаченных будут оказаны и другие медицинские услуги, Пациент обязан оплатить такие услуги непосредственно по завершении сеанса лечения.

4.3. Пациент оплачивает оказанные ему услуги наличными денежными средствами либо безналичным путем. Исполнитель обязан выдать Пациенту документ, подтверждающий факт оплаты.

**5. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров**

5.1. В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель, не исполнивший или ненадлежащим образом исполнивший свои обязательства по настоящему договору, не несет ответственности, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

5.3. Несоблюдение Пациентом указаний медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. Ответственность за последствия, вызванные несоблюдением пациентом указаний медицинского работника, несет Пациент.

5.4. Все споры и разногласия, могущие возникнуть в связи с исполнением настоящего договора, Стороны обязуются разрешать в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**6. Заключительные положения**

6.1. При заключении настоящего договора Пациенту была предоставлена в доступной 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.

6.2. Подписывая настоящий договор, Пациент дает согласие получать sms-уведомления, сообщения, отправленные через мессенджеры (Telegram, В Контакте), телефонную связь, и электронную почту об акциях и предложениях медицинского центра и проводимых мероприятиях, а также сообщения поздравительного характера на указанный ниже номер мобильного телефона. **ДА** **НЕТ**

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует бессрочно.

6.4. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, оформленному в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.5. Настоящий договор составлен на двух листах в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**7. Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ООО «Медицинская компания «Эстет»**  **(Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»)** | **Пациент ФИО:** |
| Юридический адрес: 215805, Россия, Смоленская область, Ярцевский мунц. р-н, г.п. Ярцевское, г. Ярцево, ул. Ольховская, д. 9  Адрес осуществления деятельности; 214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск, г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д Тел.(4812) 61-88-88  E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru  ОГРН 1026700975058 ИНН 6727013902  р/с 40702810059000000838, СМОЛЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8609 ПАО СБЕРБАНК К/с 30101810000000000632 БИК 046614632 | **Адрес:**  **Паспорт:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п сотрудник | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

**С прейскурантом цен и сроками оказания услуг ознакомлен (а),**

**экземпляр договора на оказание услуг на руки получил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента подпись

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора в письменной форме я уведомлен исполнителем Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор») о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача, медицинской сестры), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись)*  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на оказание медицинских услуг

г. Смоленск  **дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»),** именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующей на основании доверенности №**\_\_\_\_\_**, с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», руководствуясь Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также условиями лицензирования Исполнителя, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, согласно перечню видов работ и услуг, указанных в лицензии Исполнителя, а Пациент обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленных настоящим договором.

1.2. Общий перечень и стоимость медицинских услуг, которые могут быть оказаны Пациенту, указаны в прейскуранте Исполнителя~~.~~

1.3. При заключении договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения: а) порядки и стандарты оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; б) сведения о профессиональном образовании и квалификации конкретного медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу; в) сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется на основании регистрационного номера лицензии Л041-01128-67/00303100 от 18.12.2015г., лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Смоленской области. Адрес места нахождения лицензирующего органа: РФ, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1. Телефон: +7 (4812) 29-22-01.

1.5. Предусмотренные настоящим договором услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя адресу 214038, Смоленская обл., гор. округ г. Смоленск, г. Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д либо по месту жительства Пациента, если в соответствии с лицензией Исполнителя на осуществление медицинской деятельности, требованиями действующего законодательства РФ, стандартами и порядками медицинской помощи оказание соответствующих услуг возможно в домашних условиях.

1.6. В соответствии с лицензией Исполнитель имеет право выполнять следующие работы (услуги): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

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: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине);

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

- при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психотерапии; пульмонологии; сердечно-сосудистой хирургии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности;

1.7. Лечащий врач назначается Исполнителем с согласия Пациента при заключении договора. По соглашению Сторон может быть произведена замена лечащего врача, о чем в амбулаторной карте Пациента должна быть сделана соответствующая запись.

**2. Сроки оказания услуг**

2.1. Сроки оказания медицинских услуг указаны в Приложении №1 к договору.

2.2. В случае если в процессе лечения станет очевидно, что ввиду сложности манипуляций либо по иным объективным причинам услуги не будут оказаны в срок, Стороны имеют право составить и подписать дополнительное соглашение к настоящему договору, предусматривающее новые сроки оказания услуг.

2.3. Исполнитель не несет ответственности за нарушение сроков оказания услуг, если причиной их нарушения явилось неисполнение либо ненадлежащее исполнение Пациентом условий настоящего договора (неоплата либо несвоевременная оплата оказываемых Исполнителем услуг, неоднократная неявка на прием в согласованное Сторонами время и т.п.).

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. провести обследование Пациента для установления предварительного диагноза и объема необходимых медицинских услуг;

3.1.2. результаты обследования, диагноз и план лечения отразить в амбулаторной карте, в том числе в электронном виде;

3.1.3. ознакомить Пациента с вариантами лечения и прейскурантом, согласовать план лечения;

3.1.4. обеспечить оказание Пациенту услуг надлежащего качества;

3.1.5. своевременно ставить Пациента в известность о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг, и возможных осложнениях;

3.1.6. своевременно получать согласие Пациента на медицинское вмешательство;

3.1.7. соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну;

3.1.8. предупредить Пациента о необходимости предоставления ему на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять такие услуги на возмездной основе.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. устанавливать дату и время оказания медицинских услуг Пациенту, исходя из фактической обстановки (загруженности персонала и т.п.), сложившейся к моменту обращения Пациента. Время оказания медицинских услуг может быть сокращено либо увеличено в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, необходимости оказания дополнительной, экстренной помощи. Пациенту может быть предложено перенести согласованный срок оказания медицинской услуги на другое время;

3.2.2. требовать от Пациента предоставления паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

3.2.3. в случае опоздания Пациента на прием на десять минут и более, перенести дату и время приема на другое свободное время;

3.2.4. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, если продолжение лечения может вызвать неблагоприятные последствия для здоровья Пациента;

3.2.5. отказать Пациенту в лечении в случае, если последний явился на прием в состоянии опьянения;

3.2.6. приостановить оказание услуг, если Пациент не исполняет либо исполняет ненадлежащим образом свои обязательства по настоящему договору.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья. Всю ответственность за последствия непредставления либо представления неполной или недостоверной информации о состоянии своего здоровья несет Пациент;

3.3.2. являться на прием в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием в согласованное ранее время Пациент обязан предупредить Исполнителя об этом не менее чем за 24 часа по телефону, посредством электронной почты либо с использованием иных средств связи;

3.3.3. иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность;

3.3.4. выполнять все указания лечащего врача;

3.3.5. оплачивать стоимость медицинских услуг до начала их оказания согласно прейскуранту, действующему на момент оплаты услуг;

3.3.6. обеспечивать целость и сохранность медицинского оборудования Исполнителя, если таковое было временно передано Пациенту для оказания предусмотренных настоящим договором медицинских услуг. Возместить Исполнителю полную стоимость медицинского оборудования, если в процессе оказания соответствующих медицинских услуг Пациент его утратил или повредил.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья и проводимом лечении;

3.4.2. получать услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора;

3.4.3. отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю объема оказанных к моменту отказа услуг.

3.4.4. предварительно направив Исполнителю письменное заявление, безвозмездно получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента после оказания медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Запрошенные Пациентом документы Исполнитель обязуется предоставить в течение трех рабочих дней со дня получения письменного заявления, содержащего соответствующий запрос.

3.5. Помимо указанных в настоящем договоре, Стороны также имеют иные права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость услуг определяется Исполнителем на основании утвержденного им прейскуранта.

4.2. Пациент производит оплату медицинских услуг непосредственно перед их оказанием. В случае если в процессе сеанса лечения Пациенту помимо оплаченных будут оказаны и другие медицинские услуги, Пациент обязан оплатить такие услуги непосредственно по завершении сеанса лечения.

4.3. Пациент оплачивает оказанные ему услуги наличными денежными средствами либо безналичным путем. Исполнитель обязан выдать Пациенту документ, подтверждающий факт оплаты.

**5. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров**

5.1. В случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора и действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель, не исполнивший или ненадлежащим образом исполнивший свои обязательства по настоящему договору, не несет ответственности, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.

5.3. Несоблюдение Пациентом указаний медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента. Ответственность за последствия, вызванные несоблюдением пациентом указаний медицинского работника, несет Пациент.

5.4. Все споры и разногласия, могущие возникнуть в связи с исполнением настоящего договора, Стороны обязуются разрешать в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**6. Заключительные положения**

6.1. При заключении настоящего договора Пациенту была предоставлена в доступной 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.

6.2. Подписывая настоящий договор, Пациент дает согласие получать sms-уведомления, сообщения, отправленные через мессенджеры (Telegram, В Контакте), телефонную связь, и электронную почту об акциях и предложениях медицинского центра и проводимых мероприятиях, а также сообщения поздравительного характера на указанный ниже номер мобильного телефона. **ДА** **НЕТ**

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует бессрочно.

6.4. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, оформленному в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

6.5. Настоящий договор составлен на двух листах в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**7. Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ООО «Медицинская компания «Эстет»**  **(Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»)** | **Пациент ФИО:** |
| Юридический адрес: 215805, Россия, Смоленская область, Ярцевский мунц. р-н, г.п. Ярцевское, г. Ярцево, ул. Ольховская, д. 9  Адрес осуществления деятельности; 214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск, г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д Тел.(4812) 61-88-88  E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru  ОГРН 1026700975058 ИНН 6727013902  р/с 40702810059000000838, СМОЛЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8609 ПАО СБЕРБАНК К/с 30101810000000000632 БИК 046614632 | **Адрес:**  **Паспорт:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п сотрудник | /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

**С прейскурантом цен и сроками оказания услуг ознакомлен (а),**

**экземпляр договора на оказание услуг на руки получил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО пациента подпись

**214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск,**

**г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д.**

**Тел.: +7 4812 618888**

**E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru**

**Рег.№ Лицензии Л041-01128-67/00303100**

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", зарегистрирован по адресу:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в целях **заключения договора об оказании мед. услуг,**  даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»), находящемуся по юридическому адресу: 215805, Россия, Смоленская область, Ярцевский мунц. р-н, г.п. Ярцевское, г. Ярцево, ул. Ольховская, д. 9

Адрес осуществления деятельности; 214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск, г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д, на обработку моих/и лица, законным представителем которого я являюсь персональных данных, а именно:

**фамилия, имя, отчество; дата рождения; пол; место рождения; гражданство; реквизиты документа, удостоверяющего личность; ИНН; СНИЛС; адрес; номера контактных телефонов; место работы и занимаемая должность; сведения об инвалидности; сведения об истории заболеваний и лечении,**

(указать перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных)

то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Дата оформления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Субъект персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

**214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск,**

**г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д.**

**Тел.: +7 4812 618888**

**E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru**

**Рег.№ Лицензии Л041-01128-67/00303100**

**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

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (Ф. И. О. гражданина) |
| Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: | |
|  | | , |
| (адрес места жительства гражданина 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 — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ООО «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор») | | . |
| (полное наименование медицинской организации) | |  |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. медицинского работника) |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними **риск,** возможные варианты медицинских вмешательств, 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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),

|  |
| --- |
| . |
|  | |  |  | |
| (подпись) | |  | (Ф. И. О. пациента) |
| (подпись) | |  | (Ф. И. О. законного представителя гражданина) |
|  | |  |  | |
| (подпись) | |  | (Ф. И. О. медицинского работника) | |

|  |
| --- |
| (дата оформления) |

**214038, Смоленская обл., гор. округ г.Смоленск,**

**г.Смоленск, ул. Гарабурды, д. 17Д.**

**Тел.: +7 4812 618888**

**E-mail: rsd@medeast.ru; www.618888.ru**

**Рег.№ Лицензии Л041-01128-67/00303100**

Приложение № 1 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт согласования** **стоимости оказываемых медицинских услуг сроков их оказания**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | ООО «Медицинская компания «Эстет» (Обособленное подразделение Поликлиника «Семейный доктор»)  ИНН: 6727013902, КПП: 673245001 |

**Пациент:** <**ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ**>

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Дата** | **Наименование оказываемой услуги** | **Стоимость** | **Срок оказания услуги** | **Ф.И.О. врача**  **специалиста** | | **Со стоимостью, сроком оказания** **услуги и врачом-специалистом согласен** |
| 1 |  |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  | |  |
| 3 |  |  |  |  |  | |  |
| 4 |  |  |  |  |  | |  |
| 5 |  |  |  |  |  | |  |
| 6 |  |  |  |  |  | |  |
| 7 |  |  |  |  |  | |  |
| 8 |  |  |  |  |  | |  |
| 9 |  |  |  |  |  | |  |
| 10 |  |  |  |  |  | |  |
| 11 |  |  |  |  |  | |  |
| 12 |  |  |  |  |  | |  |
| 13 |  |  |  |  |  | |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  | |
| 15 |  |  |  |  |  |  | |
| 16 |  |  |  |  |  |  | |
| 17 |  |  |  |  |  |  | |
| 18 |  |  |  |  |  |  | |
| 19 |  |  |  |  |  |  | |
| 20 |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф. И. О. сотрудника)* |

Акт стоимости оказываемых медицинских услуг сроков их оказания на руки получил (а)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись)* |  | *(Ф. И. О пациента (заказчика), полностью* |