**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

**г. Ростов-на-Дону «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год**

**Общество с ограниченной ответственностью «Элос Медикал»**, ИНН 6163102377 ОГРН 1106195004112, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности №\_\_\_, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель»**, с одной стороны, и

**Гражданин (-ка)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (-ая) в дальнейшем «**Заказчик»**,

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных** | | | | | | |
| **граждан:** Я, паспорт: |  | | , выдан: |  | |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, | | | | | | |
| признанного недееспособным: | |  | | |  | |
|  | | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) | | |  | |

с другой стороны, вместе именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Сведения об Исполнителе:**

1.Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Элос Медикал», Косметологический центр «BeautyLine»;

2. Юридический адрес: 344019, Россия, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная,10.

3. Адрес места оказания медицинских услуг: 344019, Россия, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная,10.

4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 50 номер 011353686, ОГРН 1106195004112, выдано МИФНС № 25 по Ростовской области 2.09.2013г.;

5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа:

- Лицензия № ЛО – 61 -01- 004044 от 24 декабря 2014г выдана Министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел. 8 (863) 242-41-09).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: Осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебный и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы( услуги ): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по :косметологии, физиотерапии.

6. Телефон Исполнителя: 8 (863) 298-42-12, 8 (863) 283-25-57, 8(928)190-50-80, адрес Сайта Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: http://www.beautyline-rostov.ru/

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Законному представителю) медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять указания (рекомендации) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

1.2. Перечень услуг, предоставляемых Исполнителем в соответствии с настоящим Договором:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование работы (услуги) | Ед. изм. | Количество | Цена | Сумма |
| 1 |  | - |  |  |  |
| 2 |  | - |  |  |  |
| 3 |  | - |  |  |  |
| 4 |  | - |  |  |  |
| 5 |  | - |  |  |  |
| **Итого (с учетом НДС):** | | | | |  |

1.3. При заключении настоящего Договора Заказчик (Законный представитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Ростовской области. Также Заказчик (Законный представитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах.

1.4 Заказчик (Законный представитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Законного представителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

**2. Обязательства сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику (Законному представителю) полную и достоверную информацию в устной форме:

- о состоянии здоровья в рамках специализации врача;

- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;

- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе оказания медицинской услуги и после нее;

- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата медицинской услуги.

2.1.2. Обеспечить качество медицинской услуги, в соответствии с медицинскими показаниями, с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий лечения, высококачественных инструментов и материалов.

2.1.3. Обеспечить режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.1.4. Отказывать в приеме Заказчику (Законному представителю) в случаях:

- если действия Заказчика (Законного представителя) угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;

- некорректного отношения Заказчика (Законного представителя) к персоналу Исполнителя.

**2.2. Заказчик (Законный представитель) обязуется:**

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии здоровья Заказчика:

- данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания,

- данные обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические,

- данные обо всех видах аллергических реакций,

- данные об иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

2.2.3. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

* + 1. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.
    2. При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Заказчиком (Законным представителем) и факт получения уведомления Исполнителем.
    3. Оплатить медицинские услуги, включая дополнительные медицинские услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим Договором.
    4. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на день оплаты, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Законному представителю, указывается (содержится) в п.1.2 настоящего Договора.

3.2. Оплата осуществляется Заказчиком в день фактического оказания Исполнителем услуги Заказчику (Законному представителю)

путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.3. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Законный представитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.4. По требованию Исполнителя, Заказчика (Законного представителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

3.6. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Заказчику (Законному представителю) документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца (согласно п. 24 Постановления Правительства РФ № 1006).

**4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик (Законный представитель) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

4.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.

4.4.Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

**5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.2. В случае отказа Законного представителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Законного представителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Законного представителя, при этом Законный представитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**6. Срок действия договора и иные условия**

6.1. . Договор считается заключенным со дня его подписания и завершается получением Заказчиком услуги с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.; подтверждением получения Заказчиком услуги являются выданные рекомендации и акт выполненных работ.

6.2. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 Заказчика.

6.3 В случае невыполнения Заказчиком (Законным представителем) требований Исполнителя допускается изменение сроков выполнения работ.

6.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному – для каждой из Сторон.

**7. Адреса и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ООО «Элос Медикал»;**  Юридический адрес: 344019, Россия, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная,10.  Адрес места оказания медицинских услуг: 344019, Россия, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Верхенольная,10.  ОГРН 1106195004112 ИНН 6163102377  р/ч 40702810701700000198 в отделении ПАО « Центр-Инвест» г. Ростов-на-Дону,  БИК 046015762 ,  к/с 30101810100000000762  ОКПО 65414385, ОКАТО 60401368000, ОКОГУ 49013  ОКТМО 60701000, ОКВЭД 85.12  Телефон: 8 (863) 298-42-12, 8 (863) 283-25-57, 8(928)190-50-80  Сайт: http://www.beautyline-rostov.ru/ | **Заказчик (Законный представитель)**:  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт (Серия/номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Исполнитель:**    ООО «Элос Медикал», в лице    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | **Заказчик (Законный представитель):**  *С условиями настоящего договора ознакомлен(а), внимательно изучил «Информированное согласие на медицинское вмешательство». Добровольно принимаю на себя обязанность выполнять все выше оговоренные условия договора.*  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |
|  |  |