**Уведомление для потребителя! Несоблюдение указаний (требований) 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 потребителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(ФИО потребителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

(С ФИЗИЧЕСКИМ ЛИЦОМ)

Г. Ростов-на-Дону «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. полностью) |

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Элос Медикал»** (344019, г.Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная, д.10) (далее - Оператор) моих персональных данных, предоставляемых мной, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, фото до и после процедуры, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, в целях рекламных оповещений, в целях размещения фотографий в портфолио клиники, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.Оператор имеет право обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору оказания платных медицинских услуг, с условием обеспечения их защиты от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.Я также даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту (на указанный мной номер мобильного телефона). Я даю/не даю (ненужное зачеркнуть) Оператору свое согласие на использование, размещение моих фотографий до и после процедур на официальном сайте компании в рекламных и образовательных целях.Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Элос Медикал»Настоящее согласие действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Общество с ограниченной ответственностью «Элос Медикал», клиника косметологии Beautyline, зарегистрированное: Государственный регистрационный номер (ОГРН): Свидетельство о государственной регистрации серия 50 номер 011353686, ОГРН 1106195004112, выдано МИФНС №25 по Ростовской области 2.09.2013г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Ищенко Ирины Сергеевны, действующего на основании Устава и Лицензии №ЛО-61-01-004044 от 24 декабря 2014г. выданной Министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г.Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии,д.33, тел.: 8(863)242-41-09, в том числе на следующие работы и услуги: осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметология, физиотерапия, осуществляющего медицинскую деятельность по адресу: 344019, г. Ростов-на-Дону, ул.Верхненольная, 10

с одной стороны, и гражданин(ка) РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия:\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Пациент (Заказчик) с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. **Предмет Договора**
	1. Настоящий Договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг, исполнитель берет на себя обязательство предоставить на возмездной основе Пациенту медицинскую услугу, а Пациент обязуется оплатить оказанную услугу своевременно и в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора и перечня медицинских услуг (Прейскуранта цен). Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. №1006.
2. **Права и обязанности сторон**
	1. **Исполнитель предоставляет по требованию Пациента**

-копию учредительного документа медицинского учреждения;

-копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;

-информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

2.2. **Исполнитель обязан:**

-предупредить Пациента о возможных осложнениях, независящих от действий медицинского персонала, как вовремя, так и возникшие и в более поздние сроки;

-оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный Договором срок;

-оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией на медицинскую деятельность;

-обеспечить оказание медицинской помощи Пациенту согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг в соответствии с действующей лицензией на медицинскую деятельность и настоящим Договором;

-вести необходимую медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством РФ;

-в соответствии со ст.20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан» предложить пациенту ознакомиться и подписать добровольное информированное согласие на планируемое медицинское вмешательство;

-по завершению лечения в рамках назначенного плана лечения Пациенту выдать рекомендации, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;

-по требованию Пациента ознакомить с Прейскурантом, правилами оказания платных медицинских услуг, действующей лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2.3. **Исполнитель имеет право:**

-в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе непредусмотренных настоящим Договором.

2.4. **Пациент обязан:**

-предоставить всю необходимую и достоверную информацию о состоянии своего здоровья и иных обстоятельствах, необходимых для осуществления медицинской помощи. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях;

-предупредить врача об особенностях своего организма, строго выполнять все требования и медицинские предписания лечащего врача;

-соблюдать лечебно-охранительный режим;

-своевременно производить необходимые финансово-экономические расчеты с Исполнителем.

2.5. **Пациент имеет право:**

-на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;

-ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;

-совместно с медицинским персоналом клиники определять фактический перечень услуг, которые он может получить;

-отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, возместив Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств настоящего Договора;

-получать информацию о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, его диагнозе, состоянии (соблюдение врачебной тайны);

-требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдении врачебной тайны).

2.4. С учетом технологии выполнения медицинской услуги, Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

Возможные осложнения и побочные эффекты:

-аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиды);

-осложнения при проведении медицинских манипуляций.

2.5. исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения (п.п.2.4.) настоящего Договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

**3. Стоимость и порядок оплаты.**

3.1. Расчеты между сторонами осуществляются предварительно 100% оплатой.

3.2. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом.

3.3. Расчет производится в рублях наличным или безналичным способом.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование платной медицинской услуги | Кол-во | Цена (руб) | Сумма (руб) | Дата проведения услуги |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 | **ИТОГО** |  |  |  |  |

3.4. Общая стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

3.5. В случае возникновения осложнений, независящих от действий медицинского персонала, повлекших за собой удлинение сроков или расширение объема лечения, Пациент обязуется произвести доплату в соответствии с прейскурантом за фактический объем оказанной медицинской помощи.

3.6. Исполнитель обязан выдать Заказчику бланк-квитанцию строгой отчетности установленного образца.

**4. Ответственность сторон**

4.1. При невыполнении или ненадлежащем выполнении своих обязательств Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством РФ

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, в результате несчастного случая или непрогнозируемого медицинского исхода нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить оказание услуги по вине Пациента.

4.4. Претензии и споры, возникающие между Пациентом и Исполнителем разрешаются по соглашению сторон в досудебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности;

5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это совершенно преднамеренно или случайно;

5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством РФ.

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**7. Срок действия Договора**

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств Сторонами по данному Договору.

**8. Прочие условия.**

8.1. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.2. Пациент дает разрешение на ведение медицинской документации в электронной форме.

8.3. По вопросам, непредусмотренными настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.4. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

8.5. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление Претензий, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

8.6. В связи с тем, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащим выполнении условий настоящего Договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки, по объективным причинам не может гарантировать Пациенту достижения положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения данного пункта.

 8.7. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон (Исполнитель, Заказчик, Потребитель)

 8.8.Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает свое согласие в получение медицинской услуги на платной основе. Порядок и условия оказания таких услуг разъяснен.

*С полным текстом Договора ознакомлен(а). Мною прочитано, замечаний и возражений не имею. Информация предоставлена в доступной для меня форме.*

**9. Реквизиты 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 6163102377р/c 40702810701700000198 в ПАО КБ « Центр Инвест» г. Ростов-на-Дону,БИК 046015762 ,к/с 3010180100000000762, Телефон: 8 (863) 298-42-12, 8 (863) 283-25-57, 8(928)190-50-80Сайт: http://www./beautyline-rostov.ru | **Заказчик (Законный представитель)**:Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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.* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |