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

**Уважаемый пациент!**

Настоящим уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Ознакомлен <ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ /ФИО\_ИНИЦИАЛЫ> / **Ѵ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ <ДАТА>

**(Подпись)**

**ДОГОВОР № <ДОГОВОР\_НОМЕР>**

**Об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту**

г. Королёв Московской области <ДАТА>

Медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр ПЛАСТИКА С» (ООО «Медицинский центр ПЛАСТИКА С»), ОГРН 1065018036016, ИНН 5018111423, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО 41-01162-50/00366227 от «16» декабря 2015 г., выданную Министерством здравоохранения Московской области (143407, Московская область, г. Красногорск, ул. Строителей, д.1, тел. +7 498 (602 03 01),

именуемая в дальнейшем **Исполнитель**, в лице Директора Аковбяна Гаспара Вагановича,

действующего на основании Устава, с одной стороны,и законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
*данные документа, удостоверяющего личность*

именуемый(ая) в дальнейшем **Представитель**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора.**

1.1 Исполнитель обязуется оказывать несовершеннолетнему пациенту (далее «**Пациент**») медицинские услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

* номер и дата лицензии: № ЛО 41-01162-50/00366227 от 16.12.2015 г.
* срок действия: «бессрочно»;
* орган, выдавший лицензию: Министерство здравоохранения Московской области  
   (143407, Московская область, г. Красногорск, ул. Строителей, д.1, тел. +7 498 602 03 01);
* ссылка на единый реестр медицинских лицензий: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>
* перечень работ(услуг), составляющих медицинскую деятельность:

При оказании первичной, в т.ч. доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

При осуществлении специализированной помощи по урологии, дерматологии, онкологии.

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в т.ч.: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: общей врачебной практике (семейной медицине); в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, гастроэнтерологии, кардиологии, косметологии (терапевтической), неврологии, педиатрии, терапии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии.

1.2 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги согласно «Прейскуранту» и перечню оказываемых услуг на момент предоставления услуги (при оказании конкретного вида услуг взаимоотношения сторон будут регулироваться дополнительными соглашениями к данному договору), а также проводить послепроцедурное наблюдение, а Представитель обязуется оплатить их, согласно условиям настоящего Договора и условиям дополнительных соглашений.  
Пациент обязуется выполнить все рекомендации Исполнителя, обусловленные предоставленными услугами.

1.3 Подписанием дополнительных соглашений согласовывается количество, объем, перечень и предварительная стоимость оказываемых Пациенту услуг.  
 Стороны пришли к соглашению, что при каждом последующем после заключения настоящего договора обращении Пациента к Исполнителю, стороны будут руководствоваться условиями настоящего договора. При каждом обращении сторонами будет оформляться Акт на оказание медицинских услуг по форме, указанной в Приложении № 1, с указанием даты его оформления и являющийся неотъемлемой частью настоящего договора

1.4 При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии). Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе Представителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.5 Оказание медицинских услуг осуществляется специалистами. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Представителя. С данной информацией можно ознакомится на официальном сайте Исполнителя: www.plastica-s.ru

* 1. Подписывая настоящий договор, Представитель подтверждает:

- что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- что он уведомлён о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.7 Данные о несовершеннолетнем Пациенте:

**ФИО : <КЛИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОСТЬЮ> Возраст : <ВозрастРебенка>**

**Место жительства: <РЕБЕНОК\_АДРЕС>**

1. **Права и обязанности сторон.**

**2.1** **Исполнитель обязан:**

2.1.1 Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.1.2 Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи, а также стандартов медицинской помощи, в случае если медицинская помощь предоставлялась в объёме стандартов медицинской помощи.

2.1.3 Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.4 В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.1.5 Предоставить Представителю в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.6 Предоставить Представителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.7 Предупредить Представителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.8 В случае если при предоставлении платных медицинских услуг Пациенту потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=DEB4DFA75ABD3989C46B9AF23DF1F5C14DB26743180F89CC38D18C5E1FDAIEM) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.9 По окончании оказания медицинских услуг выдать документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг Пациенту, оформить и предоставить Представителю для подписания Акт оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 1 к настоящему договору). В случае, если по каким-либо причинам Акт не был представлен непосредственно после оказания услуг, Исполнитель вправе направить Акт Представителю почтовым отправлением.

2.1.10 Выдать Представителю документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Представителя.

**2.2 Исполнитель вправе:**

2.2.1 Запросить у Представителя необходимую информацию о состоянии здоровья Пациента и отсутствии противопоказаний.

2.2.2 Отказаться от исполнения медицинской услуги в случае невыполнения Пациентом рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.3 В любой момент до начала проведения процедуры прекратить осуществление услуги, если Исполнителю стало известно о противопоказаниях, либо изменить сроки её оказания в случаях, когда это необходимо в интересах Пациента.

2.2.4 Отказаться от исполнения медицинской услуги Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, т.к. предполагаемая медицинская помощь будет небезопасной для жизни и здоровья Пациента (Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»). Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно (п. 2 ст. 11 ФЗ № 323).

2.2.5 В случае опоздания Пациента более чем на 30 минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос по времени или отмену визита для получения услуги.

2.2.6 При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

2.2.7 В необходимых случаях осуществлять наблюдение по индивидуальной схеме в пределах необходимого срока, согласованного с Представителем в дополнительном соглашении;

**2.3 Представитель обязан:**

2.3.1 Оплачивать услуги, оказываемые Исполнителем Пациенту, в соответствии с согласованным Сторонами объемом, количеством оказываемых услуг и на условиях настоящего договора.

2.3.2 Информировать врача до оказания медицинской услуги Пациенту о перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Представитель.

2.3.3 Проинформировать Исполнителя о возникновении каких-либо осложнений у Пациента, прямо или косвенно связанных с предоставлением медицинской услуги Исполнителем, в течение суток с момента возникновения таких осложнений.

2.3.4 Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемых(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условиями их(её) предоставления, включая информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, то есть в соответствии с установленной формой подтвердить свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.

2.3.5 Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения в медицинской организации, контролировать соблюдение назначенного Пациенту режима лечения.

2.3.6 Подписать представленный Акт оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 1 к настоящему договору). В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству медицинских услуг и срокам их оказания, в течение пяти календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Представитель, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Представителем в полном объеме.

2.3.7 Заранее информировать Исполнителя о необходимости отмены или переноса времени получения медицинской услуги.

**2.4** **Пациент обязан:**

2.4.1 Выполнять требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

2.4.2 Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения в медицинской организации.  
Соблюдать назначенный режим лечения.  
  
**2.5 Представитель вправе:**

2.5.1 Представлять интересы Пациента при оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

2.5.2 Получить информацию о Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.5.3 На выбор врача для Пациента, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.5.4 Представитель имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

**2.6 Пациент имеет право:**

2.6.1 На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

2.6.2 На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него (в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2.6.3Получить услуги, входящие в систему государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в любом учреждении, входящем в систему ОМС (обязательного медицинского страхования). Адрес ближайшего медицинского учреждения: Московская область, г. Королев, ул. Дзержинского, д.11 городская поликлиника №2.

**3. Стоимость платных медицинских услуг. Сроки и порядок их оплаты.**

3.1 Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в Дополнительном соглашении (оформляется в кабинете врача Приложение №2), являющимся неотъемлемой частью договора, по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг на момент получения услуги, и утвержденным Исполнителем.

3.2 При этом с учетом индивидуальных особенностей Пациента и иных конкретных обстоятельств в интересах Пациента стоимость услуги может быть изменена.

3.3 При необходимости выполнения отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении дополнительного соглашения затруднительно, может быть составлен приблизительный перечень необходимых лечебных манипуляций и определена предварительная цена услуги, которая включаются в дополнительное соглашение. Окончательная стоимость такой услуги определяется после ее выполнения.

3.4 В случае невозможности полного исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.5 Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон.

3.6 Оплата услуг осуществляется Представителем путем внесения денежных средств в рублях в кассу Исполнителя, либо путем безналичных перечислений на счет Исполнителя.

**4. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг.**

4.1 Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

4.2 Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от графика конкретного медицинского работника, характера и особенности медицинской услуги, времени подготовки и организационных возможностей для проведения медицинской услуги. В соответствии с этим среднее время ожидания предоставления платной медицинской услуги у Исполнителя в среднем составляет от одного часа до 14 рабочих дней.

**5. Ответственность сторон.**

5.1 За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2 В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами соответствующей экспертизы, проведённой в установленном законодательством порядке, Представитель имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

-привлечь Исполнителя к иным мерами ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3 Исполнитель не несет ответственности за возможные осложнения, типичные для конкретного заболевания, предпосылки для которого сложились ранее, до обращения Пациента за медицинской услугой, а также возможные осложнения, связанные с применением медикаментов и медицинского оборудования, являющиеся индивидуальной особенностью организма Пациента в плане возможной реакции на лекарственный препарат, манипуляцию или методы лечения.

5.4 Исполнитель не несет ответственности за качество медицинской услуги, если Пациент не выполняет назначений и рекомендаций Исполнителя. Неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей Пациентом, повлёкшее ухудшение качества оказанной медицинской услуги, соответственно снимает ответственность с Исполнителя за качество медицинской помощи.

5.5 Представитель несет ответственность за достоверность предоставленной информации Исполнителю о состоянии здоровья Пациента и иной информации, имеющей значение для определения Исполнителем противопоказаний в проведении процедуры и выборе способа ее проведения.

5.6 Представитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента или Представителя. В этом случае Представитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.7 За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Представитель обязан возместить причиненные убытки.

5.8 За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Представитель обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.9 Сторона Договора, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой стороне письменную претензию. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 14 рабочих дней с момента получения.

**6. Конфиденциальность.**

6.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2 Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения за оказанием платных медицинских услуг; состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения о Пациенте, полученные при обследовании и лечении Пациента (врачебная тайна), за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

**7**. **Порядок и условия выдачи Представителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние Пациента 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, без взимания дополнительной платы**

7.1.Выдача Представителю после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента 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, без взимания дополнительной платы осуществляются в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

**8. Иные условия, определяемые по соглашению сторон**

8.1 Подписывая настоящий договор, Представитель подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг. Подписывая настоящий договор, Представитель подтверждает свое согласие на отказ получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Представитель согласен получить медицинскую помощь в ООО «Пластика С» на платной основе.

Подписывая настоящий договор, Представитель подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о заболевании (диагнозе) Пациента, современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

8.2 Представитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных (Приложение №3), 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.

8.3 Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

8.4 Стороны договорились, что настоящий договор, а также приложения к договору могут быть подписаны со стороны Исполнителя факсимильной подписью.

8.5 Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. В случае, если ни одна из сторон не заявила о прекращении данного Договора, он считается пролонгированным. Срок действия дополнительных соглашений определяется индивидуально в каждом соглашении. Срок оказания медицинской услуги определяется, исходя из объема необходимых профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, с учетом режима работы Исполнителя и указывается в дополнительном соглашении к Договору.

8.6 Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

**9. Особые условия.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**10. Реквизиты и подписи сторон.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ООО «Медицинский центр Пластика С»**    ИНН: 5018111423 КПП: 501801001  ОГРН 1065018036016 (Свидетельство 50 № 009197223, выдано МРИ ФНС №2 по Московской обл. 24.08.2006)  141070, МО, г. Королев, ул. Коминтерна, д.12  Тел.+7 498 678-61-11  Эл.адрес: plastica-s@mail.ru  Р/С: 40702810340000035114  ПАО СБЕРБАНК  К/С: 30101810400000000225  БИК: 044525225, ОКПО:53929552 | **Представитель:**  Ф.И.О. <ФИО\_ИНИЦИАЛЫ>  Адрес <АДРЕС\_ПРОПИСКИ>  Паспорт серии <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>  выдан <ПАСПОРТ\_ДАТА> <ПАСПОРТ\_КЕМ\_ВЫДАН>  тел. <ТЕЛЕФОН> |

|  |  |
| --- | --- |
| Директор ООО «Медицинский центр Пластика С»  Аковбян Г.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Представитель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/<ФИО\_ИНИЦИАЛЫ>/ (подпись) |

*Приложение № 2*

*к приказу Министерства*

*здравоохранения Российской Федерации*

*от 12 ноября 2021 г. № 1051н*

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

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

(*фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя*)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(*дата рождения гражданина либо законного представителя*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*адрес регистрации гражданина, либо законного представителя*)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указывается в случае проживания не по месту регистрации*)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем*)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*дата рождения пациента при подписании законным представителем*) (в случае проживания не по месту жительства 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 «Медицинский центр Пластика С» (ООО «Медицинский центр Пластика С»)**

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

*(дата оформления)*

*Приложение №3*

*к Договору на оказание платных медицинских услуг*

*№ <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г*

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

* 1. Я, **<КЛИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОСТЬЮ>**, в соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ «О персональных данных» № 152 –ФЗ от 27.07.06 г., подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, персональных данных моего (моей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(указать родство(опекунство), ФИО)*включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, паспортные данные, телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

1.2 В процессе оказания Исполнителем моему \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ медицинской помощи я  
 *(указать родство)*  
 предоставляю право медицинским работникам передавать мои и его персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах обследования и лечения моего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  
 *(указать родство)*

1.3 Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

1.4 Срок хранения персональных данных соответствует законодательно установленному сроку хранения данных.

1.5 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя заказным письмом или передан под роспись представителю Исполнителя.

1.6 Передача персональных данных иным лицам осуществляется только с моего письменного согласия.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле.

**Дата: <ДАТА>**

**<КЛИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОСТЬЮ> Ѵ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (подпись)

*Приложение №1*

*к Договору на оказание платных медицинских услуг*

*№ <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г.*

ОБРАЗЕЦ

**Акт №** \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Исполнитель**: ООО «Медицинский центр Пластика С»

Телефон: +74986786111

ИНН 5018111423 КПП 501801001

**Пациент**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование работ, услуг | Количество | Цена | Сумма | Врач |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

Всего наименований \_\_\_\_\_\_, на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.  
 (сумма прописью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид оплаты | Сумма | Сумма остатка |
| Нал/Безнал |  |  |

Администратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Качеством услуг удовлетворен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Приложение №2*

*к Договору на оказание платных медицинских услуг*

*№ <НомерДоговора> от <ДатаДоговора> г.*

Дополнительное соглашение

к Договору № от\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. «Об оказании платных медицинских услуг»

г. Королёв МО «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Медицинская организация Общество с ограниченной ответственностью "Пластика С", далее - Исполнитель, в лице директора Аковбяна Г.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, далее - Представитель, с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение на оказание следующей медицинской услуги Пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  
 *(ФИО пациента)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительная стоимость оказания услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель с предварительной стоимостью ознакомлен и согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Окончательная стоимость медицинской услуги, скорректированная после проведения всех необходимых медицинских манипуляций:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор ООО «Медицинский центр Пластика С» Представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Аковбян Г.В.  *(подпись) (фамилия, инициалы)*