Доктор Альбрехт

Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, уведомлен(а) о том, что обязан соблюдать в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правил поведения в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, перечня рекомендаций по послеоперационной реабилитации, нарушение графика послеоперационных консультаций могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, уведомлен(а) о том, что есть возможность получить определенные виды и объемы 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.
Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора мне предоставлена информация о медицинском работнике, предоставляющем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).
Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, подтверждаю, что до заключения договора мне предоставлена информация методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

С уведомлениями ознакомлен ✓ _____

Договор № <НОМЕР_ДОК>
об оказании платных медицинских услуг (публичная оферта)

г.Воронеж <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Общество с ограниченной ответственностью «Артис» - Клиника пластической хирургии и косметологии «Доктор Альбрехт» - расположенное по адресу: г. Воронеж, ул. Сакко и Ванцетти, д. 78 а, кв 153, фактически осуществляющее медицинскую деятельность по адресу: г. Воронеж, ул. Пролетарская 87, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице директора Мацаева Сергея Валерьевича, действующего на основании Устава, и <ФИО_ПОЛНОЕ>, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, и вместе именуемые «Стороны»,заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 .**Исполнитель** на основании обращения **Потребителя** обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуги	Цена услуги	Скидка	Сумма со скидкой	Дата
<Таблица>					

ИТОГО: <ИТОГО> руб.
(далее - «медицинские услуги»), а **Потребитель** уплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядки и сроки, которые установлены настоящим Договором.
1.2.**Исполнитель** оказывает услуги по месту своего фактического нахождения в соответствии с установленными законодательством РФ Правилами оказания медицинских услуг.
1.3.**Исполнитель** заводит **Потребителю** медицинскую карту, где указываются место его работы, должность, все пожелания, жалобы, поставленные диагнозы, предложенные и выбранные им варианты медицинского обслуживания (лечения) и иная информация в соответствии с требованиями действующего законодательства.
1.4.Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. **Исполнитель** обязуется:
2.1.1. Обеспечить **Потребителя** бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:
а) порядке оказания ему медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, стоимости и сроках предоставляемой услуги.
б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем **Потребителю** соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), а также вправе назначить другого специалиста для оказания услуги, уведомив **Потребителя**, в случае непредвиденного отсутствия ранее назначенного специалиста.;
в) методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
2.1.2. Оказывать **Потребителю** услуги, предусмотренные п. 1.1. настоящего Договора.
2.1.3. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у **Исполнителя** документацию о **Потребителе**, кроме случаев, установленных законом.
2.2. **Потребитель** обязуется:
2.2.1. Соблюдать правила оказания медицинских услуг, установленные законодательством РФ;
2.2.2. Оплачивать услуги **Исполнителя** в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором;
2.2.3. Информировать врача о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях;
2.2.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы медицинской организации;
2.2.5. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, участвующих в оказании услуг по настоящему договору.
2.2.6. Соблюдать рекомендации, предписанные врачом на период после оказания услуг.
2.2.7. Неукоснительно соблюдать рекомендации по послеоперационной реабилитации. **Потребитель** уведомлен и осознает, что в случае несоблюдения данных рекомендаций **Исполнитель** вправе отказать в коррекции результатов операции или в проведении повторной операции. **Исполнитель** не несет ответственность за ненадлежащее качество оказанной услуги, если ухудшение качества было вызвано несоблюдением рекомендаций по послеоперационной реабилитации. Рекомендации по послеоперационной реабилитации подписываются Сторонами в двух экземплярах и являются неотъемлемой часть настоящего договора.
2.2.8. Соблюдать график посещений врача в рамках послеоперационной реабилитации, подписанный Сторонами в двух экземплярах и являющийся неотъемлемой частью договора. **Потребитель** уведомлен и осознает, что в случае непосещения врача в нарушение установленного графика **Исполнитель** не несет ответственность за ненадлежащее качество оказанной услуги, если ухудшение качества было вызвано несвоевременным осмотром врача и несвоевременным принятием соответствующих мер. Стороны вправе согласовать перенесение установленного срока посещения врача в пределах не более 10 дней при условии своевременного (не позднее чем за два дня до назначенной даты) уведомления другой стороны посредством письма по e-mail.
2.3. **Исполнитель** имеет право:
2.3.1. Получать от **Потребителя** любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления **Потребителем** информации **Исполнитель** имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.
2.3.2. Требовать от **Потребителя** соблюдения правил оказания медицинских услуг.
2.3.3. **Исполнитель** имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.
2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую, и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора, за исключением случаев, предусмотренных законом.
2.5. **Потребитель** дает согласие на предоставление **Исполнителем** информации о состоянии здоровья **Потребителя**, об услугах, оказанных по настоящему договору, следующим лицам:
_____
_____
_____
_____

3.ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения **Потребителем** медицинских услуг: амбулаторно, стационарно.
3.2. Исполнитель предоставляет **Потребителю** письменные отчёты (акты) об оказании услуг по настоящему Договору.
3.3. Подписываемые Сторонами отчёты (акты) об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг **Исполнителем Потребителю**.
3.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, **Исполнитель** обязан предупредить об этом **Потребителя,** получить согласие и заключить дополнительное соглашение к настоящему договору или заключить новый договор.
3.5. После исполнения договора по письменному заявлению **Потребителя Исполнитель** без взимания дополнительной платы выдает копии документов, отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4.ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту **Исполнителя**, действующему на дату оказания услуг и указана в п. 1.1. договора.
4.2. Стоимость медицинских услуг уплачивается путём перечисления суммы, указанной в 1.1 настоящего Договора, на расчётный счёт **Исполнителя** или путём внесения наличными денежными средствами в кассу **Исполнителя**.
4.3. Оплата медицинских услуг осуществляется в следующем порядке:
4.3.1.В счет причитающихся платежей, а также в доказательство заключения настоящего договора и в обеспечение его исполнения **Потребитель** выдает **Исполнителю** задаток в размере _____ рублей. Окончательный расчет производится _____.
4.4. **Потребителю** в соответствии с законодательством РФ выдаётся документ, подтверждающий произведенную оплату.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. **Исполнитель** несёт ответственность за качество предоставляемых услуг, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни **Потребителя**.
5.2. **Исполнитель** не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения **Потребителем** своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством и в случае:
5.2.1. Возникновения осложнений по вине **Потребителя:** несоблюдение рекомендаций, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях, несоблюдение графика посещений врача и др.
5.2.2. Возникновения аллергии или непереносимости косметических средств, аппаратов и препаратов, разрешенных к применению.
5.2.3. Возникновения негативных последствий, связанных с наличием заболеваний, указанных в п. 2.2.3. настоящего договора, сведения о которых не были сообщены **Исполнителю**.
5.2.4. Прекращения курса лечения по инициативе **Потребителя**.
5.2.5. Возникновения осложнений в случае, если **Потребитель** обращается во время лечения в другие медицинские организации.
5.3. **Потребитель** несет ответственность за достоверность предоставленной информации, четкое выполнение рекомендаций врача, соблюдение графика посещений врача, своевременную оплату медицинских услуг.

5.4. Ни одна из сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороны своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия, эпидемии, пандемии, издание актов органов власти или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Договор вступает в силу после его подписания обеими сторонами и действует до полного выполнения сторонами своих обязанностей. Настоящий договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон.
7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон (за исключением случаев одностороннего отказа от исполнения договора).

8.ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все дополнительные соглашения сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью. **Потребитель** дает свое согласие на получение информации (рекламной информации, рассылки в соцсетях, электронной почте, телефону и др.) от **Исполнителя**.
8.2. В соответствии с условиями настоящего договора **Потребитель** дает разрешение **Исполнителю** проводить видеозапись, фотографии, связанные с лечением и использовать их для лечебных, научных и образовательных целей.
8.3. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
8.4. Стороны признают юридическую силу переписки посредством электронной почты. Обмен скан-копиями договорами посредством электронной почты признается его заключением (п. 2 ст. 434 ГК РФ). Адреса электронной почты должны быть указанны в разделе 9 настоящего договора.
8.5. Стороны договорились, что использование факсимильного воспроизведения подписи приравнивается к собственноручной подписи.

9.АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	**ПОТРЕБИТЕЛЬ**
ООО «Артис»	<ФИО_ПОЛНОЕ>
ОГРН 1153668074120 ИНН ИНН 3662221335 КПП 366601001 Р/с 40702810313000013514 ЦЕНТРАЛЬНО-ЧЕРНОЗЕМНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК к/с 30101810600000000681, БИК 042007681; Юр. адрес: 394036 г. Воронеж ул. Сакко и Ванцетти д.78а, кв. 153 Фактический адрес осуществления медицинской деятельности: 394000 г.Воронеж, ул. Пролетарская, 87 e-mail: adm@dr-albrekht.ru Телефон : +7(473)2100377 , +7(900)944-23-04 Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО–36–01-003653 выдана 01.03.2019г. департаментом здравоохранения Воронежской области (г. Воронеж, ул. Красноармейская, 52Д, тел (473)212-61-79). Перечень услуг в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, операционному делу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, косметологии, онкологии, пластической хирургии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, хирургии; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской: при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, пластической хирургии, хирургии.	Дата рождения: <ДАТА_РОЖДЕНИЯ> адрес: <АдресПациент> телефон: <ТелефонПациент> e-mail: <ПочтаПациент> паспорт: <ПАСПОРТ> С Правилами поведения пациентов ознакомлен подпись _____/<ФИО_Сокр> С заключением настоящего договора согласен. Законный представитель _____/_____/
Директор _____ С. В. Мацаев МП	подпись _____/<ФИО_Сокр>

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(КОНСУЛЬТАЦИЯ, ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР)

Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, <ДАТА_РОЖДЕНИЯ> года рождения, зарегистрированный по адресу <АдресПациент>, являющийся законным представителем и действующий от имени своего несовершеннолетнего ребенка (не достигшего возраста 15 лет) _____, даю Обществу с ограниченной ответственностью «Артис» информированное добровольное согласие на оказание мне следующих видов медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия.
Медицинским работником _____ (должность, ФИО) 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.

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК	ПАЦИЕНТ
ПОДПИСЬ_____ ДАТА <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>	ПОДПИСЬ_____ ДАТА <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, <ДАТА_РОЖДЕНИЯ> года рождения, зарегистрированный по адресу <АдресПациент>, паспорт серии <ПАСПОРТ>, действующий с согласия моего законного представителя _____ в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку ООО «Артис» (юридический адрес – г. Воронеж, ул. Сакко и Ванцетти, д. 78 а, кв. 153, фактический адрес – г. Воронеж, ул. Пролетарская 87), далее – Оператор, персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.
В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю право должностным лицам оператора передавать мои персональных данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.
Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).
Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.
Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в соответствии с законом.
Настоящее согласие дано мной с даты подписания и действует бессрочно.

ПОДПИСЬ_____ Согласен, законный представитель _____

ДАТА <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>