

ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРОВ ОБ ОКАЗАНИИ УСЛУГ (КОСМЕТОЛОГИЯ)

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я _____ ; _____
уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 потребителя. Также я уведомлен о том, что имею право на получение медицинских услуг бесплатно в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Смоленской области.

Заказчик _____ (_____) « ____ » _____ 20 ____ г; Пациент _____ (_____) « ____ » _____ 20 ____ г

ДОГОВОР О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Смоленск

« ____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВП КЛИНИКС», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Павлова Артема Игоревича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гр. _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах гр. _____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную стоматологическую услугу, в соответствии с лицензией* № ЛО41-01128-67/00350963 от 27.01.2022г, Протоколом согласования договорной цены (Приложение № 1 к настоящему договору), а Пациент обязуется оплатить оказанную услугу на условиях настоящего договора. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг не более 30 календарных дней. Лечащим врачом является: _____.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Произвести в оговоренное с Пациентом время консультацию и осмотр Пациента для формирования индивидуальной, соответствующей пожеланиям Пациента, программы косметологическо-терапевтических процедур, предусматривающей выполнение конкретных объемов и видов услуг, а также их стоимости.

2.1.2. Обеспечить выполнение медицинских услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с использованием современных технологий лечения и высокого уровня обслуживания.

2.1.3. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.2 Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем услуг, необходимых манипуляций в рамках плана оказания услуг.

2.2.2. Расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке в случае выявления медицинских противопоказаний, а также в случае нарушения условий оплаты за оказанные услуги.

2.2.3. Производить видеосъемку в помещениях в целях обеспечения контроля качества оказания медицинской помощи.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Предоставить необходимую и достоверную для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследовании и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.3.2. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.3. Своевременно являться на процедуры в установленное время, заранее согласованное с лечащим специалистом, а при невозможности явки по уважительной причине – в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.

2.3.4. Удостоверить личной подписью в оформляемой Исполнителем документации: факт ознакомления с вариантами последствий и результатами лечения; факт добровольного информированного согласия на все проводимые манипуляции.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения.

2.4.2. Производить предоплату за услуги.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена медицинских услуг определяется в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом в размерах, определяемых согласно Протоколу согласования договорной цены (Приложение № 1 к настоящему договору).

3.2. Окончательная цена за оказанную услугу устанавливается с учетом акций и скидок, в т.ч. индивидуальных.

3.3. Оплата может быть произведена по выбору Пациента путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, а также в безналичном порядке с использованием банковских карт.

3.4. Расчет может производиться как по предварительной оплате, так и по факту оказания услуги.

3.5. В исключительных случаях Пациенту может быть предоставлена рассрочка платежа на усмотрение администрации клиники. В данном случае Пациент подписывает Дополнительное соглашение к настоящему Договору о рассрочке платежа.

4. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

4.1. Исполнитель услуги несет гарантийные обязательства перед Пациентом в отношении соблюдения стандартов и протоколов оказания медицинской помощи действующих на территории Российской Федерации до момента окончания срока оказания услуги .

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Ответственность сторон при неисполнении либо ненадлежащем исполнении обязательств по настоящему договору определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности перед Пациентом за качество выполняемых услуг в случаях:

5.2.1. невыполнения Пациентом всех медицинских рекомендаций и ограничений, с учетом всех показаний и противопоказаний к конкретным видам процедур, принимая во внимание биологический возраст, индивидуальные психофизиологические особенности клиента, возникновение осложнений по вине Пациента: невыполнение назначений Исполнителя, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях в течение реабилитационного периода, несвоевременных посещений и невыполнение программы косметологического лечения;

5.2.2. возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов;

5.2.3. возникновения осложнений из-за ранее проведенных аналогичных услуг в другой организации;

5.2.4. возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, являющихся противопоказаниями, сведения о которых не были сообщены Исполнителю;

5.2.5. прекращения лечения по инициативе Пациента.

5.3. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает свою осведомленность о том, что при оказании медицинских (косметологических) услуг срок сохранения их качества носит индивидуальный физиологический характер, предопределяющийся мультифакторными причинами (возраст, соматическое и психологическое состояние клиента, исходный биологический статус, индивидуальный аллергический и патофизиологический фон и т.д.), в связи с чем качественный результат косметологического лечения носит строго индивидуальный характер.

5.4. Пациент согласен на обработку своих персональных данных в целях оказания услуг по настоящему Договору и оповещения о предстоящих визитах _____ (подпись) и дальнейшее предоставление ему информации об акциях и новинках путем СМС-, интернет-рассылки и телефонных звонков _____ (подпись).

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

5.6. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг или осложнений, спор рассматривается независимой экспертной комиссией и подтверждается актом экспертизы.

5.7. Все разногласия между Исполнителем и Пациентом подлежат урегулированию путем непосредственных переговоров, а в случае недостижения согласия подлежат разрешению в порядке, установленном действующем законодательством РФ

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

6.2. Стороны добровольно и осознанно заключают настоящий договор.

6.3. Неотъемлемыми частями настоящего договора являются: «Протокол согласования договорной цены» (Приложение № 1 к настоящему договору), и «Протокол добровольного информированного согласия Пациента на проведение медицинского обследования и лечения» (Приложение № 2 к настоящему договору), которые хранятся у Исполнителя.

6.4. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.5. Настоящий договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

* лицензия № ЛО41-01128-67/00350963 от 27.01.2022г на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; косметологии; организации здравоохранению и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии хирургической, лицензирующий орган Министерство здравоохранения Смоленской области, 214000, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1 тел. 29-22-19.

7. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью «ВП КЛИНИКС»

ИНН 6732197797 ОГРН 1206700010538
зарег. Межрайонной Инспекцией ФНС №5
по Смоленской области 13.07.2020 г., адрес: г.
Смоленск, пр. Гагарина, д. 23В, тел. 8 (4812)
20-61-20

Р/счет 40702810959000011710 Смоленское
отделение № 8609 ПАО Сбербанк
, К/счет 30101810000000000632

214013, г. Смоленск, пер. Юннатов, д. 4,
пом. 12.1 Тел 8-952-532-98-37

Пациент:

(Ф.И.О., место жительства, дата
рождения, телефон)

тел. _____

Паспортные
данные _____

Заказчик:

Тоже что и у пациента

Генеральный директор

_____/А.И. Павлов/

_____/_____
Ф.И.О. подпись
Экземпляр договора на руки получил
_____(_____)_____
Ф.И.О. подпись дата

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Приложение № 1 к договору
№ _____ от _____ г.
о возмездном оказании
косметологических услуг

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ ДОГОВОРНОЙ ЦЕНЫ

«Исполнитель» и «Пациент», в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом (далее – Прейскурант), согласовали итоговую цену Договора в размере _____ руб. за оказание Исполнителем следующих услуг:

(дата)	(вид лечения)	(сумма)	(подпись пац.)
--------	---------------	---------	----------------

« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____

Оплата производится Пациентом в день подписания настоящего протокола согласования договорной цены (далее - Протокол).

Стороны пришли к соглашению, что состав вышеперечисленных услуг и срок их оказания может быть изменен в связи с возникновением в процессе оказания услуг обстоятельств, вызванных причинами, выявление которых лечащим врачом, действовавшим с достаточной степенью осмотрительности и осторожности, было невозможно либо затруднительно на момент подписания настоящего Протокола. При этом размер итоговой цены Договора может быть изменен. Настоящий Протокол составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон, и подлежит изменению в случае оказания услуг, ранее не предусмотренных Договором.

ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:

Исполнитель ИП Воробьева

Юрид.адрес:214013, Смоленская область, г. Смоленск,
ул.Колхозный пер.19А,кв.157

Факт. адрес:214013, Смоленская область, г. Смоленск, ул.
Черняховского, д.29 тел. 8 920- 666-81-02

ИП Воробьева _____/П.И. Воробьева/

_____ (Ф.И.О.)

Пациент принял указанные в данном протоколе услуги в полном объеме в установленный договором срок. Претензий относительно качества, сроков и порядка оказания услуг пациент не имеет

« _____ » _____ г. _____ / _____ /

Приложение № 1 к договору
№ _____ от _____ г.
о возмездном оказании
косметологических услуг

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ ДОГОВОРНОЙ ЦЕНЫ

«Исполнитель» и «Пациент», в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом (далее – Прейскурант), согласовали итоговую цену Договора в размере _____ руб. за оказание Исполнителем следующих услуг:

(дата)	(вид лечения)	(сумма)	(подпись пац.)
--------	---------------	---------	----------------

« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____
« _____ » _____	_____	_____	_____

Оплата производится Пациентом в день подписания настоящего протокола согласования договорной цены (далее - Протокол).

Стороны пришли к соглашению, что состав вышеперечисленных услуг и срок их оказания может быть изменен в связи с возникновением в процессе оказания услуг обстоятельств, вызванных причинами, выявление которых лечащим врачом, действовавшим с достаточной степенью осмотрительности и осторожности, было невозможно либо затруднительно на момент подписания настоящего Протокола. При этом размер итоговой цены Договора может быть изменен. Настоящий Протокол составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон, и подлежит изменению в случае оказания услуг, ранее не предусмотренных Договором.

ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент:

Исполнитель ИП Воробьева

Юрид.адрес:214013, Смоленская область, г. Смоленск,
ул.Колхозный пер.19А,кв.157

Факт. адрес:214013, Смоленская область, г. Смоленск, ул.
Черняховского, д.29 тел. 8 920- 666-81-02

ИП Воробьева _____/П.И. Воробьева/

_____ (Ф.И.О.)

Пациент принял указанные в данном протоколе услуги в полном объеме в установленный договором срок. Претензий относительно качества, сроков и порядка оказания услуг пациент не имеет

«_» _____ г. _____ / _____ /

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

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,
паспорт серия _____, номер _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

(орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу:

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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. гражданина, контактный телефон)

(подпись) медицинского работника)

(дата оформления) _____.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Приложение N 3

к Договору возмездном оказании медицинских услуг от " " _____ 202 г.

Акт оказанных возмездных медицинских услуг

г. Смоленск

" " _____ 202 г.

ФИО, именуемая (ый) в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ИП Воробьева, именуемая в дальнейшем "Исполнитель", осуществляющий свою деятельность на основании Лицензии от "19"апреля 2022г. №ЛО41-001128-67/00145883, в лице Воробьевой Полины Игоревны, с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором на оказание возмездных медицинских услуг от "___"___ 202__ г. N (в дальнейшем по тексту - "Договор") Исполнитель оказал Пациенту следующие косметологические услуги:

Пациент принял и оплатил оказанные услуги Исполнителя на общую сумму (_____) рублей 00 копеек

2. Оказанные Исполнителем услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора, выполнены в срок и полностью приняты Пациентом.

3. Пациент не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

4. Настоящий Акт, в соответствии с условиями Договора, является основанием для проведения расчетов Сторон за оказанные услуги.

5. Настоящий Акт составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную силу, и хранится по одному у каждой из Сторон, подписавших настоящий Акт.

Исполнитель Пациент
ИПВоробьева _____

_____.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

«__» _____ 202_ г.

Я,

Паспорт серия _____, номер _____,

_____ (вид основного документа, удостоверяющего личность)

_____ (орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, **подтверждаю свое согласие на обработку** ИП Воробьева, юридический адрес: г.Смоленск, ул.Колхозный пер, д.19А, кА 157 (далее – Оператор), моих **персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иной информации, полученной при моем обследовании и лечении при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора.

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) по ОМС (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Настоящее согласие дано мной _____ дата и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____

Адрес электронной почты _____

Почтовый адрес _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

(подпись)

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Приложение N ____
к Договору возмездном оказании медицинских услуг от "___" _____ г. N ____

Акт оказанных возмездных медицинских услуг

г. Смоленск

"___" _____ г.

_____, именуемая (ый) в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ИП Воробьева, именуемая в дальнейшем "Исполнитель", осуществляющий свою деятельность на основании Лицензии от "19"апреля 2022г. №ЛО41-001128-67/00145883, в лице Воробьевой Полины Игоревны, с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором на оказание возмездных медицинских услуг от "___" _____ г. N ____ (в дальнейшем по тексту - "Договор") Исполнитель оказал Пациенту следующие косметологические услуги:

Пациент принял и оплатил оказанные услуги Исполнителя на общую сумму _____ (_____) рублей.

2. Оказанные Исполнителем услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора, выполнены в срок и полностью приняты Пациентом.

3. Пациент не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

4. Настоящий Акт, в соответствии с условиями Договора, является основанием для проведения расчетов Сторон за оказанные услуги.

5. Настоящий Акт составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную силу, и хранится по одному у каждой из Сторон, подписавших настоящий Акт.

Исполнитель

Пациент

_____/_____ / _____/_____