

Уведомляем Вас о том, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставившего 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 Вашего здоровья.

Основание: раздел IV п.17 «Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг», утвержденных Постановлением правительства РФ № 1006 от 05.10.2012 г. _____

ФИО пациента

(подпись)

(ФИО)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Уфа

3.05.2024

ООО «Анатомии групп» в лице генерального директора Хакимовой Люции Рамильевны, действующей на основании Устава, лицензия №ЛО41-01170-02/00351724 от 09 июля 2020г. на осуществление медицинской деятельности (При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, находящегося по адресу: 450103, Республика Башкортостан ул. Высотная 12/1, тел. +7 906 375-56-66), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (ка

ФИО пациента

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Заказчику медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с лицензией, порядками и стандартами медицинских услуг, утвержденными Минздравом РФ согласно утвержденному Прайс-листу на платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Дополнительных соглашениях, которые являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.4. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в своих кабинетах согласно режима работы.

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

2.1. Оплата предоставленных медицинских услуг производится в рублях, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным путем (через терминал) либо иным разрешенным на территории Российской Федерации способом в день оказания медицинских услуг.

2.2. Стоимость медицинских услуг определяется по Прайс-листу платных медицинских услуг, утвержденных Исполнителем действующих на момент оказания медицинских услуг.

2.3. При оказании платных медицинских услуг Исполнитель вправе предоставить Заказчику скидку на оказанные медицинские услуги.

2.2. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока оказания услуг и/или увеличение фактических затрат на оказание услуг. Проведение дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору и Заказчик производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг Исполнитель в течении 15 (пятнадцати)- дневный срок возвращает Заказчику соответствующую сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, предусмотренные Договором и Дополнительными соглашениями с момента их подписания и завершить их оказание в срок, предусмотренный и согласованный Сторонами.

3.1.2. Оказывать платные медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, аппаратных методов, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором и Дополнительными соглашениями.

3.1.3. Предоставить Заказчику информацию о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, а также используемых медицинских препаратах и изделиях.

3.1.4. Обеспечить квалифицированным медицинским персоналом для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер, объем и последовательность медицинских услуг, руководствуясь медицинскими стандартами.

3.2.2. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.3. Требовать от заказчика соблюдения графика (записи) прохождения процедур, рекомендаций и иных предписаний врача (специалиста), соблюдение внутреннего режима утвержденного Исполнителем.

3.2.4. Отказать от исполнения услуг Заказчику при наличии противопоказаний к лечению.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Ознакомиться и соблюдать порядок и условия предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.2. Оплачивать оказанные Исполнителем платные медицинские услуги в полном объеме.

3.3.3. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и иных факторах, которые могут повлиять на качество оказанного лечения.

3.3.4. Выполнять медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, а при несоблюдении указанного не исключено отсутствие желаемого эффекта (результата по моей вине).

3.3.5. Уважительно относиться к сотрудникам, и являться на прием в назначенное время и сроки, соблюдать график (запись) прохождения процедур, рекомендаций и иных предписаний врача (специалиста), соблюдать внутренний режим утвержденный Исполнителем.

3.3.6. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.3.7. Отказаться на весь курс прохождения медицинских услуг от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголя содержащих напитков.

3.3.7. В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.08.2003г. № 152-ФЗ «О персональных данных» «Пациент» дает право на обработку своих персональных данных - Фамилия, Имя, Отчество, пол; число, месяц, год рождения; вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полюса ДМС; адрес регистрации по месту жительства; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о состоянии здоровья, а также состояния здоровья ближайших родственников; факты предыдущих обращений за медицинской помощью и их результаты — в документарной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом.

Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг в течении срока, необходимого для достижения цели. Обработка персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации.

ФИО пациента

Подпись

ФИО

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию от Исполнителя о предоставлении сведений о наличии лицензии и сертификатов на оказываемые медицинские услуги, в соответствии с действующим законодательством.

3.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления сведения о состоянии своего здоровья и проведенном лечении (медицинских услугах.

3.4.3. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных платных медицинских услуг.

3.4.4. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя.

3.4.5. Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.6. В любое время отказаться (в письменной форме) от медицинского вмешательства, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

3.4.7. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской услугой.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

4.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки возникли по вине Исполнителя.

4.4. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика.

4.5. В случае невозможности исполнения Услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Стороны освобождаются от ответственности.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 рабочих дней с момента ее получения.

5.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству.

5.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор рассматривается в судебном порядке.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

7.2. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в ходе исполнения настоящего Договора.

7.3. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор.

7.4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

ООО «Анатомии Групп»
ИНН 0278953020 КПП 02780101
Выдан ОГРН 1190280061938
адрес: 450103 г. Уфа,
ул. Высотная 12/1
тел. +7-906-375-56-66
Генеральный директор ООО «Анатомии Групп»

Заказчик **ФИО пациента**

Серия и номер:

Выдан :

Дата рождения :

Подпись

_____/Хакимова Л. Р./
подпись

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____

К ДОГОВОРУ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____ от 3.05.2024 ГОДА

г.Уфа

ООО «Анатомии групп» в лице генерального директора Хакимовой Люции Рамильевны, действующей на основании устава

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", совместно действуя в рамках заключённого Договора на оказание

и гражданин (ка **ФИО пациента**

платных медицинских услуг № _____ от 3.05.2024 года заключили дополнительное соглашение о нижеследующем:

Исполнитель оказывает Заказчику следующие медицинские услуги

№	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения	Цена по прайс-листу	Скидка	Итого к оплате в рублях

Итого:

Стоимость услуг составила

Стороны договорились, что услугу осуществляет медицинский специалист.

Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по экземпляру для каждой из сторон.

Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Дополнительным соглашением Стороны руководствуются Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от 3.05.2024г

Исполнитель:

ООО «Анатомии Групп»
ИНН 0278953020 КПП 02780101
ОГРН 1190280061938
адрес: 450103 г. Уфа,
ул. Высотная 12/1
тел. +7-906-375-56-66
Генеральный директор ООО «Анатомии Групп»

Заказчик **ФИО пациента**

Телефон +7.....

подпись

_____/Хакимова Л. Р./

----- заполняется после оказания медицинской услуги -----

Услуги получены. Претензий нет. Заказчик _____ **ФИО пациента**

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

3.05.2024

Я, ФИО пациента

Подписал(а) разъяснения по поводу проводимой медицинской услуги и информацию об особенностях, длительности течения и ожидаемом результате от проведенной процедуры.

Мне даны полные разъяснения о методике, продолжительности проводимой процедуры и ожидаемом результате, возможных неблагоприятных эффектах, а также о том, что предстоит мне сделать в случае их возникновения.

Я извещен(а) и согласен(на), что во время проводимой процедуры могут возникать обстоятельства, требующие изменения плана медицинских косметологических мероприятий.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать все рекомендации врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся моего здоровья и эстетического вида, получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы.

Я получил(а) информацию о дополнительных косметологических процедурах, а так-же об их стоимости.

Я удостоверяю, что текст информированного согласия мною прочитан, что полученные объяснения меня удовлетворяют, что мне понятно назначение данного документа.

Процедуру провела _____

подпись

(ПОДПИСЬ)

ФИО пациента

(Ф.И.О)