«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

ООО «Джи Компани»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Нефедова Е.В.

« » января 2023 г.

**ПОЛОЖЕНИЕ**

об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг

и порядок их оплаты в

ООО «Джи Компани»

г. Москва

2023

**Содержание:**

| 1 | Общие положения ………………………………………………………………… | 3 |
| --- | --- | --- |
| 2 | Цели и задачи условий, порядка, формы предоставления платных медицинских услуг ………………………………………………………………... | 3 |
| 3 | Порядок оказания платных медицинских услуг ……………………………….. | 4 |
| 4 | Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг …………………. | 6 |
| 5 | Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг.. ……………………………………………………………… | 7 |
| 6 | Приложение № 1. Договор на оказание медицинских услуг …………………... | 8 |
| 7 | Приложение № 2. Согласие на обработку персональных данных …………….. | 11 |
| 8 | Приложение № 3 Информированное добровольное согласие об объеме и  условиях оказываемых платных медицинских услуг …………………………... | 12 |
| 9  10 | Приложение № 4.Отказ от видов платных медицинских услуг (медицинских вмешательств), включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Заказчик (Потребитель) дал информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи ……………………………  Лист согласования ………………………………………………………………... | 14  15 |
| 11 | Лист ознакомления ……………………………………………………………….. | 16 |
|  |  |  |

**1.Общие положения**

1.1.Положение об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг

в ООО «Джи Компани» определяет порядок организации и проведения медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи.

1.2 Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации от 12.12.1993;

- Гражданским кодексом Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ;

- Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Законом Российской Федерации от 07.021992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2012 года №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»;

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства;

- Перечнем 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082;

- Уставом Общества с ограниченной ответственностью «Клиника красоты «СарБона».

**2. Цели и задачи условий, порядка, формы предоставления платных медицинских услуг**

2.1*.Целью порядка оказания медицинских услуг* является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2.2.Основные понятия, используемые при организации и проведении платных медицинских услуг:

**«платные медицинские услуги»** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

**«потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить, либо получающее медицинские платные услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом;

**«заказчик»** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

**«медицинская организация»** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**3. Порядок оказания платных медицинских услуг**

3.1.Платные медицинские услуги предоставляются на основании видов работ (услуг), составляющие медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес: )

, тел. +7 (929) 519-33-55.

Виды работ ( услуг):

   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**:** медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.

3.2. ООО «Джи Компани» определяет цены (тарифы) на предоставление платных медицинских услуг самостоятельно. Стоимость медицинской помощи или цена отдельной медицинской услуги, предоставляемой ООО «Джи Компани» , определяется

из утвержденного прайса на медицинские услуги ООО «Джи Компани».

3.3. Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

3.4.Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования по ценам (тарифам) на предоставляемые платные медицинские услуги, определенные исполнителем самостоятельно.

3.5.При предоставлении платных медицинских услуг должны строго соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.6.Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.7.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.8.Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если Федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.9.Платные медицинские услуги предоставляются при наличии: согласия на обработку персональных данных (Приложение № 2), информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 3), либо отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов вмешательств (Приложение № 4).

**4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

4.1.Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

4.2.Договор на оказание медицинских услуг (Приложение № 1) включает следующую информацию:

а) ООО «Джи Компани»

- наименование ООО «Джи Компани», адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельностьООО «Джи Компани» **»**, в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего его лицензирующего органа;

- реквизиты ООО «Джи Компани»;

-должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор от имени медцентра, и его подпись;

б) **о физическом лице:**

- фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя, и его подпись;

в) **о юридическом лице:**

**-** наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

**-**должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор с ООО «Джи Компани», от имени заказчика, и его подпись;

  - реквизиты заказчика - юридического лица;

г) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

д) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

  е) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

  ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

  з) порядок изменения и расторжения договора;

  и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.3.Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, а третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

4.4.На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, составление которой по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.5.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Дополнительные медицинские услуги на возмездной основе предоставляются только с письменного согласия потребителя (заказчика).

4.6.В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.7.Потребитель(заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором путем внесения денежных средств в кассу медицинской организации или безналичных средств на расчетный счет организации.

4.8.Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации исполнителем выдает документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

4.9.Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**5. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

5.1.За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам платной медицинской помощи.

5.2.Вред, причиненный жизни (или) здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Возмещение причиненного вреда не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности.

**Приложение № 1**

**Договор на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

1. «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. г. Саратов

**"Заказчик"(Потребитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью** «Джи Компани» (далее – ООО «Джи Компани»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Главного врача Нефедовой Елены Владимировны, действующей на основании Генеральной доверенности № от года, ООО «Джи Компани» зарегистрировано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), лицензия на осуществление медицинской деятельности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , дата регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (перечень услуг: 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**:** медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи.); Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Саратовской области (адрес и телефон: 410012, г. Саратов, ул. Рабочая , д.145/155, тел.(8 452) 67-06-22), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Определения**

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

**- «платные медицинские услуги»** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

- **«потребитель»** – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- **«заказчик»** – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

- **«исполнитель»** – медицинская организация (ООО «Клиника красоты «СарБона»), предоставляющая платные медицинские услуги;

- **«медицинская организация»** – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- **«медицинский работник»** – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, квалификацию и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

**2. Предмет договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику медицинские услуги, указанные в Приложении №1к настоящему договору в соответствии с лицензией, согласно действующему Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в соответствии с п.4.3. настоящего договора.

2.1.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель**.**

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.1. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №1 к настоящему договору).

2.3. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в ООО «Клиника красоты «СарБона» Прейскурантом на платные медицинские услуги,

- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «Клиника красоты «СарБона»;

- до заключения настоящего Договора уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента.

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

2.6. Срок предоставления медицинских услуг указываются в Приложении № 1 к настоящему Договору.

2.6.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**3.Обязанности Сторон и участников Договора.**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно Приложению №1.

3.1.1.1.Оказать заказчику платные медицинские услуги по проведению лабораторных исследований биологического материала пациентов на основании Договора №19-СРТ-2019 от 04.04.2019 года с ООО « КДЛ Домодедово-ТЕСТ».

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.7. По заявлению Заказчика составить смету.

3.1.8. В связи с использованием в клинике видеонаблюдения информировать пациента о проведении видеозаписи его биометрических персональных данных.

**3.2. Заказчик обязуется:**

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

**3.3. Потребитель обязуется:**

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Клиника красоты «СарБона», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, согласовывается с Заказчиком (Приложение № 1к настоящему договору).

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на р\счет Исполнителя.

4.3.При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения Заказчика Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке Заказчика Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев).

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**7. Заключительные положения**

7.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика (Потребителя).

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

**8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

| **Исполнитель:** | **Заказчик (потребитель)\Представитель потребителя:** |
| --- | --- |
| **ООО «Клиника красоты «СарБона»** | **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Юридический адрес: 410056, г. Саратов, ул. им.Рахова В.Г., д.61/71, помещение 1 | Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес оказания медицинской услуги:  410056,Саратовская область, г. Саратов, ул. им.Рахова В.Г., д.61/71, помещение 1 | Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ОГРН 1186451020942 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ИНН\КПП6455071045/645501001 | **Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| р/сч 40702810456000000688 в Банк ПАО Сбербанк |  |
| БИК 043601607 | **Адрес и место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| тел.\факс (8452) 39-55-56 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **9. Подписи сторон** | **Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Главный врач  **ООО «Клиника Красоты «СарБона»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В.Нефедова | **Заказчик (потребитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ФИО |

**ПРИЛОЖЕНИЕ №1**

**Перечень оказываемых Исполнителем медицинских услуг**

В соответствии с настоящим договором Исполнитель оказывает Заказчику следующие медицинские услуги (в соответствии с прейскурантом Исполнителя), которые добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны Заказчиком.

Сроки оказания услуг «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

| **№**  **пп** | **Наименование услуги** | **Кол-во** | **Цена** | **Процент скидки** | **Сумма** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Итого:** |  |

Итого:(сумма прописью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

Заказчик ознакомлен с действующим Прейскурантом и согласен оплатить указанные медицинские услуги.

*Вышеперечисленные услуги выполнены в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.*

Заказчик (потребитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Е.В.Нефедова

**мп**

**Приложение № 2**

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся **<*Ф.И.О. полностью*>,**

проживающий по адресу **<*по месту регистрации*>,**

паспорт **<*серия и номер*>,** выдан <***дата и название выдавшего органа*>,**

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника красоты «СарБона» 410056, г. Саратов, ул.им.Рахова В.Г., д.61/71 (далее- Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса 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 при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, 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 включением в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных .

Оператор вправе поручить обработку моих персональных данных с правами осуществлять действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление,изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Клиника красоты «СарБона» с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (пять лет – для поликлиники)   
 Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной ***«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г***. 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 плате оказанной мне до этого медицинской помощи.

/\_/ - я согласен получать смс уведомления о скидках и акциях в медицинской клинике.

/\_/ - я даю своё согласие на отправку результатов анализов мне по электронной почте.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач ООО «Джи Компани» Е.В. Нефедова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 3**

**к Договору № \_\_\_\_\_ на оказание медицинских услуг**

**от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

**(далее Договор)**

**Информированное добровольное согласие**

**на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых**

**видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают**

**информированное добровольное согласие при выборе врача и**

**медицинской организации для получения медико-санитарной помощи.**

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

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)*

в рамках Договора, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. (далее – Перечень): для получения услуг: 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**:** медицинскому массажу, сестринскому делу сестринскому делу в косметологии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*выбрать нужное*) в Обществе с ограниченной ответственностью «Джи Компани» медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, ФИО медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского 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 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Также, мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Получив от сотрудников ООО «Джи Компани» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других ( в том числе муниципальных) медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг. Я согласен(на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3.Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Клиника красоты «СарБона» не несет ответственности за их возникновение. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

5. Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Клиника красоты «СарБона», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

6. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

7. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.

8. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинским вмешательством.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

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

*(подпись) (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)*

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

*(подпись) (ФИО медицинского работника)*

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

*(дата оформления)*

МП

**Приложение № 4**

**Отказ от видов платных медицинских услуг (медицинских вмешательств),**

**включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Заказчик (Потребитель)**

**дал информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_

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

*(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)*

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Джи Компани» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082 (далее – виды медицинских услуг (медицинских вмешательств):

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

*(наименование вида услуги (медицинского вмешательства)*

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

*(должность, ФИО медицинского работника)*

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

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

*(подпись) (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)*

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

*(подпись) (ФИО медицинского работника)*

Я удостоверяю, что текст моего добровольного отказа на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

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

*(подпись) (ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)*

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

*(дата оформления)*

**Приложение №5**

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

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

Я, потребитель (заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на основании Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в ООО «Джи Компани», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован(а) и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

**Пациент (Заказчик): ФИО, подпись**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

**Уведомил медицинский работник ООО «Джи Компани»:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность Ф.И.О. Подпись

**ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ**

**ПОЛОЖЕНИЯ**

**об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и**

**порядок их оплаты ООО «Джи Компани»**

| **№**  **пп** | **Должностное лицо** | **Согласовано**  **(подпись)** | **Замечания** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Разработал:**  **Главный врач** | **Е.В. Нефедова**  *(подпись в наличии)* |  |
| **2** | **Директор** | **А.Г. Мартиросян**  *(подпись в наличии)* |  |