|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Уведомление Заказчика.** | | |  | |
| Пациент подтверждает, что в соответствие с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736) до заключения договора Исполнитель:  – довел до его сведения в наглядной и доступной форме действующие «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736), представленные на информационном стенде Исполнителя;  – предоставил ему в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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 в других медицинских организациях, участвующих в их реализации;  – уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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 здоровья Пациента. | | |  | |
| Заказчик: | |  | |  | |
|  |
| **ДОГОВОР** | | |  | |
| **ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** | | |  | |
| г. Уфа | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ года | |  | |
| **Общество с ограниченной ответственностью «Институт красоты» (ООО «Институт красоты»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии № Л041-01170-02/01189219 от 06.05.2024г. (При оказании первичной 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), в лице директора Конторщиковой Татьяны Юрьевны, действующей на основании устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  в дальнейшем именуемый(-ая) «Заказчик» с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем: | | |  | |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | |  | |
| 1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в объеме указанном в Акте выполненных медицинских услуг. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, отражается в Акте выполненных медицинских услуг. | | |  | |
| 1.2. Подписав настоящий Договор, Заказчик добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе в соответствии с прейскурантом Исполнителя.  1.3. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются гражданским законодательством Российской Федерации, Законом от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», а также утверждёнными Правилами предоставления платных медицинских услуг населению. | | |  | |
| **2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ** | | |  | |
| 2.1. Место оказания медицинских услуг по настоящему Договору: 450001, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, проспект Октября, д. 3.  2.2. Режим работы Исполнителя: понедельник-суббота с 09:00 до 21:00 часов, воскресенье с 10:00 до 21:00 часов.  2.3. Оказание медицинских услуг осуществляется в порядке предварительной записи, в том числе, посредством телефонной связи по телефону 8(902)712-77-77.  2.4. Факт исполнения настоящего договора оформляется Актом выполненных медицинских услуг, подписанным обеими сторонами, являющимся Приложением к настоящему Договору. | | |  | |
| **3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** | | |  | |
| 3.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги согласно прейскуранту цен на платные медицинские услуги, утвержденному Исполнителем.  3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя и/или путем перечисления безналичных денежных средств на расчетный счет Исполнителя.  3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется не позднее первого дня оказания медицинских услуг, до момента ее оказания, или после момента ее оказания, путем полной оплаты стоимости подлежащих оказанию медицинских услуг.  3.4. По согласованию Сторон, если оказание медицинских услуг предполагает несколько этапов, разделенных по времени на несколько дней, то оплата этих услуг может быть осуществлена по предоплате. | | |  | |
| **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | |  | |
| 4.1. Обязанности Исполнителя:  4.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.  4.1.2. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.  4.1.3 После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.  4.1.4. Предоставлять Заказчику на безвозмездной основе информацию относительно характера проводимых платных медицинских услуг.  4.1.5. Своевременно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, качество которых соответствует требованиям законодательства о медицинской деятельности Российской Федерации;  4.1.6. Предоставлять информацию о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан при их наличии, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.  4.1.7. Хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика, диагнозе и иных сведениях, полученных Исполнителем при оказании медицинских услуг.  4.1.8. Извещать Заказчика о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг и осуществлять их только на основании его согласия.  4.1.9. Предоставлять Заказчику чек (кассовый) или копию бланка, подтверждающих прием от Заказчика наличных денежных средств в кассу Исполнителя и безналичных денежных средств по платежным картам на расчетный счет Исполнителя.  4.1.10. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.  4.2. Права Исполнителя:  4.2.1. Определять длительность и объем медицинских услуг.  4.2.2. Привлекать сторонних специалистов на основании гражданско-правовых договоров для оказания медицинских услуг.  4.3. Обязанности Заказчика:  4.3.1. Принять услуги Исполнителя и оказывать содействие в исполнении всех рекомендаций и/или назначений, данные Исполнителем в отношении лечения в целях обеспечения предоставления медицинских услуг, качество которых соответствует законодательству о медицинской деятельности Российской Федерации.  4.3.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком настоящего Договора, включая сообщение Исполнителю сведений, обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг.  4.3.3. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены и/или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае отсутствия предварительного уведомления Заказчиком Исполнителя о невозможности прибыть в установленное время для получения медицинской услуги и/или опоздания Заказчика более чем 10 (Десять) минут с момента предварительно назначенного ему Исполнителем времени начала оказания медицинской услуги, Исполнитель может перенести момент оказания Заказчику услуги на иное, свободное для Исполнителя, время.  4.3.4. Своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя.  4.3.5. Заказчик подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.  4.4. Права Заказчика:  4.4.1. Заказчик имеет право требовать предоставления услуг, качество которых соответствует законодательству о медицинской деятельности Российской Федерации, сведений о наличии лицензии и сертификата, о стоимости оказываемых услуг.  4.4.2. Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах его обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.  4.4.3. В любой момент отказаться от получения медицинских услуг, оплатив фактически понесенные Исполнителем расходы, или назначить новый срок оказания услуги. | | |  | |
|  | | |  | |
| 4.4.4. Заказчик не имеет право предъявлять какие-либо требования Исполнителю, если такие требования явились прямым следствием неисполнения и/или ненадлежащего исполнения условий настоящего Договора Заказчиком, отказом Заказчика от выполнения рекомендаций Исполнителя и/или их ненадлежащим исполнением, включая досрочное, по инициативе Заказчика, прекращение получения медицинских услуг.  4.5. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Заказчика третьим лицам только по основаниям, предусмотренным законодательством РФ. | | |  | |
| **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | |  | |
| 5.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.  5.2. Если Исполнитель не приступил своевременно к оказанию услуги или, если во время оказания услуг станет очевидно, что она не будет осуществлена в срок, Заказчик вправе по своему выбору:  - назначить новый срок оказания услуги;  - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги не более 5%;  - потребовать исполнения услуги другим специалистом;  - расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.  5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что данное неисполнение и/или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, вследствие вины Заказчика, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ. | | |  | |
| **6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, РАССМОТРЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ** | | |  | |
| 6.1. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут:  6.1.1. по соглашению сторон;  6.1.2. при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора.  6.1.3. по инициативе Исполнителя при несоблюдении Заказчиком обязательств, указанных в настоящем Договоре.  6.1.4. по инициативе Заказчика при обнаружении существенных недостатков оказанной услуги или иных существенных отклонений от  условий настоящего Договора при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.  6.2. Претензии и споры, возникшие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению Сторон путем переговоров.  6.3. При невозможности разрешения спора путем переговоров, Сторона, чье право нарушено, направляет претензию другой Стороне. Срок рассмотрения претензии и добровольного исполнения обязательств составляет 10 дней.  6.4. Исполнитель обязан в течение 3-х суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры: назначить новый срок оказанной услуги или уменьшить стоимость предоставленной услуги.  6.5. При отсутствии ответа на претензию в установленный срок либо несогласии исполнить обязательство, спор подлежит разрешению в суде. | | |  | |
| **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** | | |  | |
| 7.1. Настоящий Договор действует с момента подписания его Сторонами до конца текущего календарного года.  7.2. Настоящий Договор подлежит продлению на каждый последующий год в случае, если ни одна из Сторон не направит другой Стороне письменное уведомление об отказе от продления настоящего Договора. | | |  | |
| **8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ** | | |  | |
| 8.1. Настоящий Договор составлен на русском языке, в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.  8.2. Все изменения, вносимые в настоящий Договор, оформляются дополнительными соглашениями, подписанными уполномоченными представителями Сторон со ссылкой на настоящий Договор. | | |  | |
| **9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН** | | |  | |
| 9.1. **Исполнитель:** Общество с ограниченной ответственностью «Институт красоты»  Юридический адрес: 450001, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, пр-кт Октября, д. 3.  Тел. 8(902)712-77-77, e-mail: babor\_ufa@mail.ru  ОГРН 1240200007530 зарегистрировано «04» марта 2024 г. Межрайонной инспекцией ФНС России № 39 по Республике Башкортостан ИНН 0278981839 КПП 027801001  Р/с 40702810206000060339 БИК 048073601 к/с 30101810300000000601 в БАШКИРСКОМ ОТДЕЛЕНИИ N8598 ПАО СБЕРБАНК  Лицензия №Л041-01170-02/00337971 от 25.11.2021г. выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. 8(347)218-00-81). | | |  | |
| 9.2. **Заказчик:**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: 8\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Конторщикова Т.Ю.  М.П. | Заказчик:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавший(-ая)ся,

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

(Фамилия Имя Отчество полностью)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

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

(адрес по месту регистрации)

паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия и номер, когда и кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **Общество с ограниченной ответственностью «Институт красоты» (ИНН 0278981839, ОГРН 1240200007530, юр. адрес: 450001, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, пр-кт Октября, д. 3)** (далее – Оператор) моих персональных данных, в том числе персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следующих категорий персональных данных:

– персональные данные: фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса места жительства, телефона, адреса электронной почты, места работы/учебы, данных паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данных полиса обязательного медицинского страхования, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС);

– специальные категории персональных данных: информации о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью, сведениях о диагностических мероприятиях, установлении диагноза, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Цели обработки персональных данных: предоставление медицинской помощи.

Оператор имеет право:

– при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных как автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано нормативными документами, так и на бумажном носителе;

– с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных действующим законодательством на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача будут осуществляться с использованием бумажных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, на срок хранения медицинской документации.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты, предусмотренного действующим законодательством. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на бумажных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться с моего письменного согласия и в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично путем подачи письменного заявления при личном обращении в ООО «Институт красоты» при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить: включая сбор, систематизацию, накопление, обновление, изменение, использование, распространение, обезличивание, блокирование на срок хранения медицинской документации в течение периода 30 календарных дней. При этом Оператор продолжает осуществлять хранение всей имеющейся документации на срок, предусмотренный действующим законодательством с последующим уничтожением.

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. и действует бессрочно.

Контактный телефон(-ы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты или почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения