**Договор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

**(для физических лиц)**

г. Волгодонск « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

ООО «ЭСТЕТИК ДЕ ЛЮКС» (Центр медицинской и эстетической косметологии), именуемая в дальнейшем «Клиника», в лице генерального директора Князева Ольга Викторовна, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01050-61/00392973 от 3 июня 2022 г. с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. По настоящему договору Клиника оказывает Пациенту консультацию, косметологические, эстетические, медицинские и специализированные косметологические услуги (далее по тексту – медицинские услуги)в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01050-61/00392973 от 03 июня 2022 г. и Перечнем оказываемых платных медицинских услуг.
	2. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг, определяется Прейскурантом Клиники, действующим на момент заключения настоящего Договора.В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Клиники, понимает содержащуюся в ней информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и условиями их предоставления. Срок оказания медицинских услуг с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают Дополнительное соглашение, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

 **Условия предоставления и получения медицинских услуг.**

Подписав настоящий договор, Пациент дает свое информированное добровольное согласие на консультацию специалиста, оказание медицинских услуг, косметологическое медицинское вмешательство. Пациент личной подписью заверяет Информированное добровольное согласие (ИДС), являющееся предварительным условием оказания медицинских услуг Клиники и неотъемлемой частью настоящего Договора.

В случае отказа Пациентом от подписания информированного добровольного согласия, Клиника в праве отказать Пациенту в оказании соответствующих медицинских услуг согласно законодательства РФ

Подписав настоящий договор, Пациент дает свое добровольное согласие на сбор, хранение , обработку , удаление и уничтожение его персональных и биометрических данных **,** являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора и предварительным условием оказания медицинских услуг Клиники. В случае отказа Пациентом от подписания добровольного согласия, Клиника в праве отказать Пациенту в оказании соответствующих медицинских услуг согласно законодательства РФ

Медицинские услуги Пациенту оказываются путем проведения разовых процедур (манипуляций), курсов процедур (программ), а также комплексных услуг, состоящих из двух и более процедур, проводимых в один день или в согласованный с Пациентом временной период. Врач самостоятельно определяет характер, объем и периодичность диагностических и медицинских процедур (манипуляций), необходимых для установления диагноза у Пациента и применения выбранных для Пациента процедур (манипуляций). Пациент уведомлен о том, что не соблюдение им рекомендаций медицинского работника Клиники, предоставляющего платную медицинскую услугу, могут снизить качество оказываемой услуги и отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

 Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании медицинских услуг (проведения процедуры) в случае:

* не согласия Пациента с условиями настоящего Договора;
* пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
* совершения Пациентом действий нарушающих общепринятые этические нормы поведения, а также создающие угрозу жизни и здоровья персоналу и другим Пациентам Клиники;
* если состояние здоровья Пациента, его физические и/или анатомические особенности не позволяют проводить диагностические и медицинские процедуры;
* в других случаях, предусмотренных действующим РФ, если это не несет прямой угрозы жизни Пациента.

Для оказания отдельных видов услуг Клиника в праве привлекать соисполнителей

1. **Права и обязанности сторон**
	1. **Клиника обязуется:**
		1. Оказать Пациенту платные медицинские и косметологические услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.
		2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и

лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, **после внесения Пациентом денежных средств в кассу Клиники**, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора и предоставления документов, подтверждающих оплату.

Клиника информирует пациента о его правах и обязанностях, состоянии его здоровья и диагнозе. Клиника предоставляет Пациенту необходимую и достоверную информацию о цели и методах медицинского вмешательства, об альтернативных видах медицинской помощи, о возможных отдаленных последствиях и осложнениях, о сроках наступления ожидаемого клинического эффекта.

 Клиника доводит до сведения Пациента правила и нормы, соблюдение которых необходимо для длительного сохранения полученного эффекта, в том числе периодичность и сроки посещения Клиники Пациентом для прохождения контрольного наблюдения и, при необходимости, проведения дополнительных соответствующих процедур.

* + 1. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала и специалистов для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
		2. Информировать Пациента о существующих показаниях и индивидуальных противопоказаниях, а также изменениях состояния его здоровья, происходящих в ходе проведения медицинских услуг.
		3. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.
	1. **Пациент обязуется:**
		1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Клиникой медицинские услуги, указанные в пункте 2.1.1, до начала её оказания согласно утвержденному Клиникой прейскуранту и в порядке, определенным разделом 3 настоящего Договора.
		2. Предоставить Клинике необходимые для оказания медицинской услуги сведения о состоянии своего здоровья и об известных ему обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг, в том числе, но, не ограничиваясь сведениями:
* о перенесенных или сопутствующих заболеваниях, в т.ч. аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, венерические заболевания, туберкулез и др.;
* о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах;
* о переливаниях крови и инъекциях, полученных в других косметологических и/или медицинских учреждениях (за период не менее чем 2 года до получения Пациентом услуг у Клиники);
* о проведенных ему профилактических прививках;
* о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения Пациентом услуг у Клинике;
* о переносимости косметологических, медицинских и иных препаратов, физиотерапевтических воздействий;
* о беременности;
* иные, запрошенные лечащим врачом, медицинским специалистом, персоналом Клиники сведения, необходимые для полного и качественного оказания Пациенту медицинских услуг, включая информацию о прохождении и результатах лечения в других лечебно-профилактических и/или косметологических организациях (учреждениях).
	+ 1. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов в процессе и после завершения оказания медицинских услуг.
		2. Извещать немедленно лечащего врача Клиники о любых осложнениях и побочных эффектах, возникших в процессе осуществления медицинских услуг или после их проведения.
		3. При невозможности явки в согласованное время, Пациент заранее (не позднее чем за 1 (один) день) извещает об этом Клинику.
		4. Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности.
		5. Выполнять правила внутреннего распорядка и бережно относиться к имуществу Клиники. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты и/или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Пациент обязуется в течение 3-х календарных дней возместить Клинике действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

1. **Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Клиникой, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(руб.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*прописью).* НДС не облагается.

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего договора, и остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Клиники.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом лично, (либо иным лицом – *супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем; лицом, действующим по доверенности*) в полном объеме при подписании настоящего договора.

3.4. В случае, если по каким-либо причинам, количество оказываемых Пациенту медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, сократится, либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, то, при финансовом перерасчете оплаченных денежных средств , с Пациента удерживается сумма за оказанные медицинские услуги из расчета: стоимость разовой процедуры согласно прейскуранту , помноженная на количество оказанных процедур. Остаток суммы в рублях, возвращается Пациенту в течение 7 (семи) рабочих дней после написания Пациентом заявления на возврат денежных средств на имя ген. директора Клиники.

1. **Конфиденциальность**

4.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

4.2. **Внимание!** Администрация Клиники информирует и предупреждает Пациента о том, что на территории Клиники, включая коридоры, рабочие места сотрудников, установлены камеры открытого видеонаблюдения , **может** вестись открытое видеонаблюдение , звукозапись и видеосъемка с целью: обеспечения прав граждан на получение платных медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества, на основе установленных стандартов её оказания; осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности , сохранности материальных ценностей и дорогостоящего оборудования, находящегося в Клинике; предотвращения и фиксации возможных действий противоправного характера; усиления обеспечения мер по антитеррористической и пожарной безопасности Клиники и Пациентов. Администрация Клиники информирует Пациента о том , что Клиника в полном объёме обеспечивает установленный законом порядок сбора, обработки, хранения, удаления и уничтожения информации, полученной при эксплуатации систем видеонаблюдения, врачебная тайна гарантирована и обеспечена, а передача полученных персональных , биометрических данных, видео изображений, их распространение, предоставление доступа к ним третьих лиц, без письменного согласия Пациента не предусмотрена и запрещена. Исключения – правосудие, оборона и безопасность государства (ФЗ №152-ФЗ ст.11 ч.1).

1. **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. Клиника не несет ответственности:

* за оказание медицинских услуг в неполном, либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п 2.2.3 и п. 2.2.4 настоящего Договора;
* в случае если наступили предусмотренные и указанные в Информационном добровольном согласии возможные побочные эффекты (осложнения) соответствующие характеру и объему медицинской услуги (процедуре).

5.3. 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.

1. **Срок действия договора и условия прекращения договора**

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон, при этом финансовые взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4. настоящего договора;

6.2.2. в одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя Генерального директора Клиники в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом финансовые взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п.3.4. настоящего договора.

6.2.3. в одностороннем порядке Клиника в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения Клиникой обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат денежных средств, внесенных Пациентом, производится в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4.

1. **Прочие условия**

7.1. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры путем переговоров представителей сторон. Все не урегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

7.3 Договор может храниться в Клинике как в оригинальном виде, так и в электронном виде (отсканированном, распечатанном, при этом имеет одинаковую юридическую силу.

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **«Клиника»**ООО «ЭСТЕТИК ДЕ ЛЮКС» (Центр медицинской и эстетической косметологии)347360 Россия, г. Волгодонск (ул. Ленина, д. 72, 57 – юр. адрес) ул. Ленина д.96 – факт. адрес ИНН 6143100477 КПП 614301001ОГРН 1216100027461р/с 4070281072500111262 Филиал Точка ПАО «ФК Открытие»БИК 044525999к/с 30101810845250000999Телефон: **+7 938 102 02 04**E-mail***:* buh212719@yandex.ru** | **«Пациент»**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Князева О.В./   подпись м.п. | Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  /  ПодписьПроинформирован (-на) в доступной мне форме и согласен (-на) |