**ДОГОВОР №**

**НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

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

Общество с ограниченной ответственностью « Элеганс Лайн » ИНН/КПП 7733843484/773301001, 1137746453800, зарегистрированное в МИФНС по г. Москве, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Беляковой Светланы Анатольевны, действующего на основании Устава, имеющее лицензию на медицинскую деятельность № РФ № Л041-01137-77/00315734 от 16.08.2017г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, с одной стороны, и гражданин(ка)

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги: 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 специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, в соответствии с Приложением № 1 к лицензии № Л041-01137-77/00315734 от 16.08.2017г., выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. 8(495) 251-83-00), протоколом согласования договорной цены (Приложение №1 к настоящему Договору), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего Договора.

Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи 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 специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью.

Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в действующем на момент заключения настоящего Договора в Прейскуранте.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1.Исполнитель обязуется:

2.1.1.Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.1.2.Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3.Предупредить Заказчика, в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.4.Обеспечивать разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, медицинские изделия, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства, расходные материалы, изделия медицинского назначения, медицинское оборудование.

2.1.5. Своевременно и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги, информировать Заказчика о назначениях, рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата от проведенной медицинской услуги.

2.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном порядке.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объёме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

2.2.3. Требовать от Заказчика бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им правил Внутреннего Трудового Распорядка Исполнителя

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в случае, если:

- При выявлении противопоказаний у Заказчика;

- Заказчик не оплатил в полном объёме медицинские услуги по настоящему Договору;

- Заказчик не выполняет рекомендации врача-косметолога и это может привести к снижению качества предоставляемой медицинской услуги;

- Заказчик находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения на момент проведения процедуры;

- Заказчик без уважительных причин не явился для получения медицинской услуги ко времени, согласованного с Исполнителем по процедуре предварительной записи и нарушил пункт 2.2.3. данного Договора.

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1. На выбор врача – косметолога или медицинской сестры (брата).

2.3.2. Получать консультацию от врача-специалиста.

2.3.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.3.4 На отказ от медицинского вмешательства.

2.3.3. Заказчик имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг.

2.3.4. Самостоятельно определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего Договора, без или с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала Исполнителя.

2.3.5. В порядке процедуры предварительной записи определять (по согласованию с Исполнителем) время оказания конкретной услуги в рамках настоящего Договора.

2.3.6. Обратиться к Исполнителю с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанным медицинских услуг.

2.3.7. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.4. Заказчик обязуется:

2.4.1. Своевременно и в полном объёме оплатить стоимость предоставляемой Исполнителем медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения настоящего Договора .

2.4.2. До оказания медицинской помощи сообщать врачу все сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4.3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление и сохранения результатов от проведенной медицинской услуги.

2.4.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба пациентом имуществу Исполнителя.

2.4.4. Прибывать на проведения процедуры в установленное время, согласно предварительной записи.

2.4.5. В случае невозможности посещения специалиста заблаговременно предупреждать Исполнителя по телефону (8-495-971-57-57 )

**3. Условия и порядок предоставления платных медицинских услуг**.

3.1. Перед получением услуги Заказчик должен ознакомиться с перечнем предоставляемых платных медицинских услуг на сайте исполнителя в интернете, в устной форме у администратора, непосредственно в ходе консультации с врачом.

3.2. Перед получением услуги Заказчик должен ознакомится со стоимостью предоставляемых платных медицинских услуг в утвержденном в прейскуранте цен Исполнителя.

3.3. Сроки оказания медицинских услуг определяются в соответствии с режимом работы Исполнителя индивидуально с каждым Клиентом.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов.

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованно с Заказчиком в Протоколе согласования договорной цены ( Приложение №2 к настоящему договору).

4.2. После оказания Исполнителем платной медицинской услуги расчет производится Заказчиком в размере 100% стоимости согласно Прейскуранту, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. После оплаты Заказчику выдается кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг.

4.3. Заказчик уведомлен о том, что медицинские услуги, которые входят в программу бесплатной медицинской помощи, он имеет право получить в любое время в ЛПУ, входящем в систему ОМС.

5. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

5.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до **окончания согласованного плана лечения и графика посещения.**

5.2.Неотъемлемыми частями настоящего договора являются «Медицинская карта пациента», Протокол согласования договорной цены, Информированное согласи на получение платных медицинских услуг (согласие на ведение фотодокументами).

5.3.Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

5.4.В случае полного отказа Клиента от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг договор расторгается. При этом Заказчику возвращаются денежные средства в полном объёме, в случае частичного отказа от оказания услуг, Заказчику подлежат возврату денежные средства пропорционально объёма оказанных услуг (за вычетом фактически понесенных расходов).

5.5.При необходимости проведения дополнительных процедур, Исполнитель информирует Заказчика об этом в процессе лечения и предлагает оплатить названные дополнительные действия по правилам настоящего Договора.

5.6.В случае согласия Заказчика и внесения им дополнительной платы, Исполнитель продолжает оказывать услугу, оговоренную настоящим Договором.

5.7.В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных процедур, Исполнитель не несет ответственности за конечные результаты лечения. При этом плата, внесённая в соответствии с пунктом 4 настоящего Договора, не возвращается.

6. Ответственность Сторон

6.1.Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причинённый жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Заказчика, а так же если Заказчик (донес неполную информацию о своем здоровье, не выполнил назначения врача, несвоевременно сообщил о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекратил процедуры по собственной инициативе).

6.4. Все споры и разногласия возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия-в суде в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Конфиденциальность

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика за медицинскими услугами, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Заказчика.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

**Исполнитель: Заказчик:**

ООО « Элеганс Лайн» ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

125310, город Москва,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Новотушинский проезд, 6-1 Зарегистрированный по адресу:

тел. тел. 8-495-971-02-71, 8-495-971-57-57 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 7733843484 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 773301001 Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Паспорт номер\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_\_

 выдан кем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­

 Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/ C/А.Белякова / Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ МП Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_Г.

Приложение №1 к Договору на оказание платных услуг

 № от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_Г.

**Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение**

**платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_\_года рождения Фамилия Имя Отчество

В рамках Договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО « Элеганс Лайн », при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получив полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006), включая сведения о квалификации и сертификации специалистов, даю согласие на оказание мне услу и ответственен(а) за их оплату.

2. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение (диагностика) мне не гарантирует положительный результат и я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской услуги 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, ООО «АВАЛКОМ» не несет ответственности за их возникновение.

3. Я уведомил в письменной форме до заключения Договора 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

4. Я понимаю, что должен сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем: аллергических реакции и т,д,

5. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.

6. Я утверждаю, что получил (а) полную информацию о характере выбранной мне услуги: медицинской технологии ее оказания, особенностях взаимодействия с организмом, возможных результатах ее применения.

7. Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен (а) на ведение фотодокументациии до начала процедур.

8. Настоящее соглашение подписано мною после проведения разъяснительной беседы и является приложением к амбулаторной карточке клиента.

9. Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

10. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен (а) с ними Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_19\_\_\_года рождения (указать ФИО полностью)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

11. Беседу провел врач дерматокосметолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать ФИО полностью) подпись

« » \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г

Приложение №2

К договору №\_\_\_\_\_\_

От « »\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

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

**План лечения и график посещений**

Общество с ограниченной ответственностью «Элеганс лайн», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Беляковой Светланы Анатольевны, действующего на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», на основании консультацией, проведенной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО Потребителя

По причине обращения­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Составила, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик, ……………………ФИО врача

Настоящий план лечения и график посещений:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование процедур | Кол-во | Периодичность  | Дата посещения |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |