До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента(Потребителя) о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, требований и предписаний специалистов, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение дат и времени визитов/приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление Пациентом(Потребителем) Исполнителя об имеющихся у него заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента(Потребителя), а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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

**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

**возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| город Белгород | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

**Индивидуальный предприниматель Заика Екатерина Николаевна** (ИНН 311003045648, ОГРНИП 317312300015783), действующий на основании лицензии № Л041-01154-31/00145571 от 15.04.2022 г., в дальнейшем именуемый «Исполнитель», с одной стороны и

**гражданин РФ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящий Договор возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг (далее по тексту – «Договор») о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказывать Заказчику на возмездной основе косметологические (медицинские) услуги в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать оказываемые косметологические (медицинские) услуги. Перечень оказываемых услуг, согласовывается отдельно при каждом обращении Заказчика к Исполнителю и указывается в Приложении № 1 к настоящему Договору. Информация об оказанных услугах вносится в Карту Заказчика.

1.2. Косметологические услуги предоставляются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.3. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что оказываемые Исполнителем косметологические (медицинские) услуги не входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

1.4. Косметологические услуги оказываются Исполнителем по адресу: 308000, Россия, Белгородская обл., г. Белгород, ул. Харьковская, д. 5, нежилое помещение № 13.

1.5. На основании лицензии № Л041-01154-31/00145571, выданной бессрочно Министерством Здравоохранения Белгородской области (Свято-Троицкий бульвар, дом 18, г. Белгород, 308005, тел: +7 (4722) 32-14-47) от 15.04.2022 г., Исполнитель вправе оказывать услуги: при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по косметологии.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуг.

2.2. Оплата услуг Исполнителя в полном объёме производится в день оказания услуги на основании Акта приема-передачи оказанных услуг (Приложение № 4).

2.3. Оплата услуг Исполнителя может быть произведена путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или путём перечисления безналичных денежных средств на расчетный счёт Исполнителя с использованием терминала для оплаты (торгового эквайринга).

2.4. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

2.5. Факт оплаты услуг Исполнителя подтверждается кассовым чеком.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Исполнитель имеет право:**

3.1.1. Требовать от Заказчика предоставления информации о состоянии его здоровья (ранее перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору.

3.1.2. Определять Правила поведения в организации и доводить их до Заказчика.

3.1.3. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о заказчиках и об оказываемых им медицинских услугах с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

3.1.4. Требовать от Заказчика оплаты оказанных медицинских (косметологических) услуг.

3.1.5. в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты Заказчиком услуг не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить.

3.1.6. Расторгнуть настоящий Договор и отказаться от дальнейшего оказания услуг в случае отказа Заказчика от медицинского вмешательства, нарушения предписаний и рекомендаций врача, нарушения норм этики в отношении персонала Исполнителя.

3.1.7. В случае невозможности оказания услуг в установленный срок, оказать их в иной срок, согласованный Сторонами.

3.1.8. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем оперативных вмешательств, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

**3.2. Исполнитель обязуется:**

3.2.1. Оказывать медицинские (косметологические) услуги в объеме, предусмотренном настоящим Договором и приложениями к нему, своевременно и качественно согласно требованиям действующего законодательства.

Своевременно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.2.2. При оказании косметологических (медицинских) услуг использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства, разрешенные к применению законодательством Российской Федерации.

3.2.3. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

3.2.3. В случае изменения состояния здоровья Заказчика, обусловливающего необходимость изменения перечня и (или) сроков предоставления медицинских (косметологических) услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, немедленно поставить в известность об этом Заказчика.

3.2.4. Обеспечивать Заказчика доступной, своевременной, достоверной и достаточной информацией об оказываемых медицинских (косметологических) услугах и их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

3.2.5. Информировать Заказчика о возможности предоставления дополнительных медицинских (косметологических) услуг, не предусмотренных настоящим Договором, на возмездной основе, в том случае, если такая потребность возникает при предоставлении Заказчику услуг. В данном случае Стороны заключают Дополнительное соглашение к настоящему Договору, являющееся неотъемлемой его частью (Приложение № 5).

3.2.6. В случае невозможности оказания Услуг в ранее установленный срок, уведомить об этом Заказчика.

3.2.7. Создавать соответствующие нормам законодательства санитарно-гигиенические и бытовые условия для Заказчика.

3.2.8. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

3.2.9. По окончании оказания Услуг представить Заказчику Акта приема-передачи оказанных услуг (Приложение № 4).

3.2.10. Соблюдать иные требования законодательства в сфере здравоохранительной деятельности.

**3.3. Заказчик имеет право:**

3.3.1. Получать квалифицированные косметологические услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. В любой момент отказаться от получения косметологических услуг при условии предоставления Исполнителю письменного отказа от медицинского вмешательства.

3.3.3. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах и условиях оказания косметологической услуги, связанном с ней риском, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов услуг, а также о предполагаемых результатах оказания услуги. Информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации.

3.3.4. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3.5. Требовать соблюдения иных прав в сфере здравоохранительной деятельности, предусмотренных действующим законодательством.

3.3.6. На основании письменного запроса, содержащего необходимые реквизиты заявителя, направленного предусмотренным законодательством способом по реквизитам, указанным в п.9 настоящего Договора, получать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих состояние своего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также иные документы, подтверждающие факт оказания медицинских услуг Заказчику, без взимания дополнительной платы.

**3.4. Заказчик обязуется:**

3.4.1. Своевременно сообщать Исполнителю известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья. В случае не предоставления информации или предоставления недостоверной   
(в том числе, неполной) информации Заказчик самостоятельно несет ответственность за возможный вред, причиненный его здоровью.

3.4.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать косметологические (медицинские) услуги.

3.4.3. Выполнять все указания и рекомендации лечащего врача, исправно посещать контрольные осмотры, выполнять все назначения медицинского персонала Исполнителя.

3.4.4. Бережно относиться к имуществу медицинской организации.

3.4.5. Соблюдать иные требования режима лечения и нахождения в медицинской организации, предусмотренные правилами ее внутреннего распорядка.

3.4.6. Предоставить Исполнителю согласие на обработку персональных данных.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации. На правоотношения Исполнителя и Заказчика в рамках настоящего Договора в том числе распространяется действие Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью Заказчика при оказании медицинских (косметологических) услуг, возмещается Исполнителем в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за вред, причиненный здоровью Заказчика, возникший в результате:

* неявки или несвоевременной явки Заказчика на прием или контрольный осмотр;
* невыполнения Заказчиком плана лечения, отказа Заказчика от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом, самостоятельного прекращения лечения Заказчиком.
* не сообщения или сообщения недостоверных сведений Заказчиком о состоянии своего здоровья.

4.4. Исполнитель не несет ответственность за утрату Заказчиком экземпляра оригинала настоящего Договора и иных документов, являющихся Приложениями к нему.

4.5. Стороны настоящего договора могут быть освобождены от юридической ответственности на основаниях и в порядке, предусмотренных нормами действующего законодательства.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до фактического исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

5.2. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон.

5.3. Заказчик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.4. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора в случаях, установленных законом или Договором.

5.5.Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор другой Стороне не позднее чем за три рабочих дня до предполагаемого дня расторжения настоящего Договора.

**6. ПОРЯДОК СДАЧИ И ПРИЕМКИ УСЛУГ**

6.1. По факту оказания Услуг Исполнитель представляет Заказчику на подписание Акт приема-передачи оказанных услуг в двух экземплярах (Приложение № 4).

6.2. В течение 3 (трех) календарных дней после получения Акта оказанных услуг Заказчик обязан подписать его и предоставить один экземпляр Исполнителю, либо, при наличии недостатков, представить Исполнителю мотивированный отказ от его подписания.

6.3. Услуги считаются оказанными с момента подписания Сторонами Акта оказанных услуг.

**7.** **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

7.1. Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

Стороны обязаны уведомлять друг друга об изменении персональных и контактных данных и банковских реквизитов.

7.3. Все разногласия, возникающие по договору, Стороны должны урегулировать путем переговоров с соблюдением претензионного порядка.

Претензии направляются посредством электронной почты, на электронные адреса, указанные в п. 9 настоящего Договора, или посредством АО «Почта России» на адреса для направления почтовой корреспонденции, указанные в п. 9 настоящего Договора.

Срок для рассмотрения претензии – 10 календарных дней.

7.4. В случае невозможности урегулировать разногласия путем переговоров, Стороны разрешают разногласия по Договору в судебном порядке в суде общей юрисдикции по правилам, предусмотренным процессуальным законодательством Российской Федерации.

7.5. Стороны признают юридическую силу за электронными письмами – документами, направленными по электронной почте (e-mail) и/или с помощью мессенджеров, и признают их равнозначными документам на бумажных носителях, подписанным собственноручной подписью, т.к. только сами Стороны и уполномоченные ими лица имеют доступ к соответствующим адресам электронной почты и аккаунтам мессенджеров, указанным в Договоре в реквизитах Сторон и являющимся электронной подписью соответствующей Стороны. Доступ к электронной почте и аккаунтам мессенджеров каждая Сторона осуществляет по паролю и обязуется сохранять его конфиденциальность.

Стороны договорились, что в целях единообразного понимания Исполнителем и Заказчиком условий настоящего Договора, под мессенджером понимается информационная система и/или компьютерная программа (мобильное приложение, веб-сервис, веб-приложение и т.п.), которые предназначены и/или используются для приема, передачи, доставки и/или обработки электронных сообщений пользователей сети Интернет (например, Skype, Zoom, WhatsApp, Viber, Telegram и т.п.).

**8.СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

|  |
| --- |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных (в том числе биометрических) далее - персональные данные, а именно совершение действий, предусмотренных ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ оператору персональных данных ИП Заике Е.Н. адрес: г.Белгород, Харьковская улица, дом 5 на обработку моих персональных данных, включающих:  • фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, возраст;  • реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;  Я предоставляю право работникам Оператора на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, включая сбор, запись, систематизацию, хранение, уточнение (обновление, изменение), уничтожение моих персональных данных.  Цель обработки персональных данных – обеспечение возможности для оказание уходово-оздоровительных услуг.  Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку действия настоящего Договора.  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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных услуг  Ф.И.О. клиента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись клиента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ЗАКАЗЧИК** |
| **Индивидуальный предприниматель  Заика Екатерина Николаевна**  ИНН 311003045648,  ОГРНИП 317312300015783  **Юридический адрес**: 308012, Россия, Белгородская обл., г. Белгород, ул. Попова, д. 37, кв 88  **Адрес косметологического кабинета:** 308000, Россия, Белгородская обл., г. Белгород, ул. Харьковская, д. 5, нежилое помещение № 13  **E-mail:** [zaicka.kat2017@yandex.ru](mailto:zaicka.kat2017@yandex.ru) **Сайт:** https://doctorzaika.ru  **Телефон:** +7 (906) 565-55-55 | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации:  Адрес для направления корреспонденции:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Заика Е.Н.  Б/П | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение № 1**

к Договору возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ  
(Дополнительное Соглашение)**

|  |  |
| --- | --- |
| город Белгород | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

Стороны договорились, что в рамках исполнения Договора возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года Исполнитель обязуется оказать заказчику следующие услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование услуги | Дата оказания услуги | Стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Итого: | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  **Индивидуальный предприниматель  Заика Екатерина Николаевна** | **ЗАКАЗЧИК**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Заика Е.Н. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение № 2**

к Договору возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_года

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ   
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

|  |  |
| --- | --- |
| город Белгород | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

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

(ФИО)

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи у Индивидуального предпринимателя Заика Екатерины Николаевны (ИНН 311003045648, ОГРНИП 317312300015783)

Медицинским работником Заика Екатериной Николаевной в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских 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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

|  |
| --- |
| Заказчик: |

**Приложение № 3**

к Договору возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМОЖНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ (МЕДИЦИНСКИХ) УСЛУГ**

Во исполнение законодательных требований (в т.ч. ст. 12 Закона «О защите прав потребителей») и соблюдения прав граждан настоящим уведомлением Индивидуальный предприниматель Заика Екатерина Николаевна (ИНН 311003045648, ОГРНИП 317312300015783), действующий на основании лицензии № Л041-01154-31/00145571 от 15.04.2022 г., доводит до сведения Заказчика возможные побочные эффекты косметологических (медицинских) услуг), ИП Заика Е.Н..

Оказание косметологических (медицинских) услуг могут возникать следующие побочные явления:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Во исполнение законодательных требований п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, и в целях обеспечения прав граждан – потребителей платных медицинских услуг, Индивидуальный предприниматель Заика Екатерина Николаевна уведомляет 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 Заказчика.

Ознакомлен.

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

*Подпись Расшифровка подписи*

**Приложение № 4**

к Договору возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ОКАЗАННЫХ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ (МЕДИЦИНСКИХ) УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| город Белгород | \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года |

**Индивидуальный предприниматель Заика Екатерина Николаевна** (ИНН 311003045648, ОГРНИП 317312300015783), действующий на основании лицензии № Л041-01154-31/00145571 от 15.04.2022 г., в дальнейшем именуемый «Исполнитель», с одной стороны и гражданин РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящий Акт приёма-передачи косметологических (медицинских) услуг (далее – «АКТ») о нижеследующем:

1. В период действия Договора возмездного оказания косметологических (медицинских) услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года и в соответствии с его условиями Исполнитель оказал, а Заказчик принял следующие услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование услуги | Дата оказания услуги | Стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Итого: | | |  |

2. Общая стоимость оказанных Исполнителем и в соответствии с его условиями Заказчику услуг составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3. Стороны подтверждают, что услуги по Договору считаются оказанными в полном объеме. Взаимных моральных и материальных претензий по качеству, объему оказанных услуг и размеру оплаты услуг Стороны не имеют.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах на русском языке, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все экземпляры идентичны и имеют одинаковую юридическую силу.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  **Индивидуальный предприниматель Заика Екатерина Николаевна** | **ЗАКАЗЧИК**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Заика Е.Н.  Б/П | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  *Подпись Расшифровка подписи* |