УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____, «____»_____ года рождения,(в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента» _____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация 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 (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(сна) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Я ознакомлен(а), что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах 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.

Я ознакомлен(а) с тем, что несоблюдение назначенного режима лечения и других рекомендаций может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя"

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг) до подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом услуг медицинской организации ***Общества с ограниченной ответственностью "Эстет Плюс"*** *(далее – Исполнитель), действующим на дату заключения договора; уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.*

_____(_____)

(подпись) (ФИО Пациента/законного представителя)

Договор №___
на оказание платных медицинских услуг

г. Хабаровск «___» 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью "Эстет Плюс", в лице Генерального директора Бондаревой Ирины Владимировны, действующей на основании Устава *(ИНН 2725029177, ОГРН 1022701408597)*, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»)
Я,
_____
_____,
*паспорт:*_____,_____*выдан*_____
_____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:
_____
_____
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)
далее «Заказчик» (в случае если договор заключен в пользу «Пациента»)

_____,
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ номер_____ выдан_____,
зарегистрированный(ая) по адресу:_____, далее именуемый(ая) «Пациент», в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору (далее - Договор), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем договоре:
Договор - договор, в соответствии с которым предоставляются платные медицинские услуги, в том числе договор добровольного медицинского страхования.
Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи.
Исполнитель - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.
Пациент (Потребитель) – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Заказчик – физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.
Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Понятия "медицинская организация" и "медицинская услуга" употребляются в значениях, определенных Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1. Предмет Договора

1.1. Настоящий договор регулирует взаимоотношения сторон во время получения Пациентом платных медицинских услуг в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью "Эстет Плюс" (далее - ООО "Эстет Плюс") в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, других законодательных актов Российской Федерации.
1.2. Пациент (Заказчик) поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг, включающих в себя: установление диагноза, составление Спецификации, плана лечения (при необходимости), проведения лечения на оборудовании и материалами Исполнителя, на основании требований клинических рекомендаций (протоколов лечения) и в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.
1.3. Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица (*ИНН 2725029177, ОГРН 1022701408597)*, действующей лицензии № Л041-01189-27/00383961 от 09.04.2008 года, срок действия: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, по адресу: г. Хабаровск ул. Муравьёва-Амурского, 32, телефон: +7 (4212) 40-23-22, на осуществление медицинской деятельности по адресу: 680054, Хабаровский край, ул. Даниловского, 29, пом. I (38-41), литер А, выполняемые работы, оказываемые услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.
1.4. Конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания содержатся в Спецификации (смете) (Приложение 1), а также после оказания услуг, в рамках Спецификации, подписывается акт об оказании платных медицинских услуг, который после его проверки и подписания Пациентом (Заказчиком) становится неотъемлемой частью настоящего Договора.
Спецификация (смета) на оказание медицинских услуг является неотъемлемой частью настоящего договора и может носить характер:
- твердой сметы, при которой стоимость услуг не подлежит изменению без письменного согласия Пациента (Заказчика);
- приблизительной сметы, если на момент заключения договора невозможно определить полный объем медицинского вмешательства.
1.5. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения, обязательными для исполнения на территории РФ всеми медицинскими организациями, действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ и клиническими рекомендациями, размещенными в рубрикаторе Минздрава РФ (при наличии).
1.6. Пациент (Заказчик), получая от Исполнителя медицинские услуги подтверждает, что Исполнитель в доступной для Пациента (Заказчика) форме и в соответствии с требованиями законодательства РФ ознакомил его с:

- Правилами предоставления платных медицинских услуг;
- Положением о гарантиях;
- Политикой обработки персональных данных;
- Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг;
- Режимом работы медицинской организации;
- Условиями предоставления и получения медицинских услуг и прейскурантом на услуги Исполнителя;
- Основными свойствами оказываемых Пациенту медицинских услуг, противопоказаниями при отдельных видах заболеваний и иной дополнительной информацией, касающейся особенностей, предоставляемых Пациенту медицинских услуг;

1.6.1. По соглашению сторон документы, связанные с исполнением настоящего договора, могут оформляться и передаваться в электронной форме посредством электронной почты, медицинской информационной системы, личного кабинета пациента, мобильного приложения медицинской организации либо иных информационных систем, позволяющих достоверно идентифицировать стороны.
Документы, сформированные и подписанные в установленном законодательством порядке в электронной форме, признаются равнозначными документам на бумажном носителе.
1.7. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство (Приложение № 2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
1.8. Стоимость медицинских услуг определяется на основании расценок, установленных в прейскуранте Исполнителя и рассчитывается исходя из видов и объема услуг, оказанных в рамках настоящего договора. Перечень оказанных медицинских услуг и сроки, указываются в Спецификации (Приложение №1) и в акте об оказанных медицинских услугах, после их оказания (Приложение №4).
1.9. Предоставленные в рамках настоящего договора медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).
1.10. Предоставление Исполнителем дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, осуществляется с предварительного письменного согласия Пациента (Заказчика) и оформляется дополнительным

соглашением к договору либо путем заключения нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости и оплачивается Пациентом (Заказчиком) дополнительно.

2.Права и обязанности Пациента (Заказчика)

2.1. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.1.1. Требовать от Исполнителя выполнения надлежащего качества предоставляемых платных медицинских услуг.

2.1.2. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени Исполнителя другими Пациентами.

2.1.3. Требовать от Исполнителя:

- предоставления копий медицинских документов, выписок из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья (представляемого им лица) 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;
- предоставления копий медицинской документации и иной документации (договор, чеки, справки, рецептурные бланки), необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

2.1.3.1. Сведения о медицинских работниках, непосредственно участвующих в оказании медицинской помощи, об их образовании, квалификации и профессиональной подготовке.

2.1.3.2. Получать сведения о форме предоставляемой сметы, порядке ее изменения и окончательной стоимости оказываемых медицинских услуг.

2.1.3.3. Получать документы и сведения, необходимые для реализации права на социальный налоговый вычет в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Дать полный либо частичный отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в письменной форме в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан (Приложение №3).

2.1.5. Перенести дату и время оказания медицинских услуг, предварительно согласовав с Исполнителем.

2.1.6. Отказаться в одностороннем порядке от дальнейшего исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.1.7. Отказаться от обработки своих персональных данных, при этом такой отказ не может являться основанием к изменению, или расторжению договора Исполнителем.

2.1.8. Обратиться в суд за защитой нарушенных прав и охраняемых законом интересов без соблюдения досудебного порядка урегулирования спора.

2.1.9. На выбор территориальной подсудности рассмотрения спора, вытекающего из настоящего договора.

2.1.10. На выбор средств и способов защиты нарушенных прав.

2.2. Пациент (Заказчик) обязан:

2.2.1. Дать информированное добровольное согласие (Приложение 2) в письменной форме на проведение платных медицинских услуг в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан или дать полный, или частичный отказ от медицинских услуг.

2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя по подготовке к диагностическим исследованиям по достижению и сохранению результатов лечения.

2.2.4. Оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.5. При посещении специалиста по предварительной записи прибыть на прием заблаговременно. В случае невозможности посетить специалиста в ранее согласованное время, заблаговременно (за 24 часа) предупредить об этом Исполнителя по телефону: +7(4212)742821.

2.2.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, возникших во время и после оказания медицинских услуг.

2.2.7. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы медицинской организации.

2.2.8. По окончании лечения, при отсутствии замечаний по оказанным медицинским услугам, подписать акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 4). В случае одностороннего отказа от подписания акта, и не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предоставления акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

3.Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

3.1.2. Изменять Прейскурант цен в одностороннем порядке и своевременно информировать об этом Пациента (Заказчика) любым доступным способом (размещение прейскуранта на сайте медицинской организации, e-mail рассылка, sms-оповещение). Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора. Изменение не распространяется на уже согласованные услуги по твердой смете.

3.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с предварительным уведомлением Пациента и назначением нового срока оказания услуг.

3.1.4. При изменении клинической ситуации с согласия Пациента (Заказчика), вносить корректировку в план лечения и (или) сроки лечения.

3.1.5. В случае опоздания Пациента (Заказчика) на прием более чем на 15 минут, перенести прием на другое время и дату, согласованные с Пациентом (Заказчиком), т.к. опоздание одного ущемляет права другого на своевременный и полноценный прием.

3.1.6. При отказе Пациента (Заказчика) от обработки персональных данных, осуществить такую обработку в случае, когда предоставление таких данных предусмотрено законом или непосредственно связано с исполнением договора (Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ).

3.1.7. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях:

3.1.7.1. Когда оказание таких услуг не предусмотрено Прейскурантом Исполнителя, либо, когда исследование (услуга), включенное в Прейскурант, временно не производится.
3.1.7.2. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях.
3.1.7.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.
3.1.7.4. Если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни.
3.1.7.5. При появлении Пациента в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, либо совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала.
3.1.8. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.
3.2. Исполнитель обязан:
3.2.1. По требованию Пациента (Заказчика) предоставлять копии:
-медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента 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 - без взимания дополнительной платы.
- медицинской документации и иной документации (договор, чеки, справки, рецептурные бланки), необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.
3.2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (Пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3.2.3. Получить от Пациента (Заказчика) информированное добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг перед оказанием услуг (Приложение №2).
3.2.4. Информировать Пациента (Заказчика) о стоимости оказания медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.
3.2.5. Оказывать Пациенту истребованные им медицинские услуги в соответствии со стандартами качества медицинских услуг и клиническим рекомендациям согласно рубрикатору Минздрава РФ (при наличии).
3.2.6. Своевременно осуществлять прием Пациентов, в том числе в заранее согласованные с Пациентом (Заказчиком) часы, в рамках предварительной записи (при условии явки Пациента (Заказчика) на прием).
3.2.7. Информировать Пациента (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.
3.2.8. Хранить врачебную тайну Пациента (Заказчика) и не разглашать без согласия Пациента (Заказчика) сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иных сведений, полученных при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина.
3.2.9. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством в сфере охраны здоровья требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и срокам представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

4. Качество услуг.

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно и осмотрительно.
4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики; при отсутствии дефектов оказания медицинской помощи, в соответствии с клиническими рекомендациями (при наличии).
4.3. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.
4.4. Возможные дискомфорт, вызванные спецификой медицинских методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент (Заказчик) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

5. Сроки предоставления платных медицинских услуг.

5.1. Срок предоставления конкретной услуги Исполнителя (консультации, диагностические исследования, лечебные манипуляции) определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ.
5.2. Длительность лечения каждого Пациента индивидуальна, определяется врачом ориентировочно, исходя из установленного диагноза, динамики течения заболевания в каждом конкретном случае.
5.3. Конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, сроки их оказания содержатся в Приложении №1.
5.4. Односторонняя корректировка, изменение сроков лечения без согласия Пациента (Заказчика) не допускается.

6.Условия оплаты и порядок расчетов

6.1. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о стоимости медицинских услуг до начала их оказания и подписания договора, путем ознакомления с действующим Прейскурантом медицинских услуг.
6.2. Пациент (Заказчик) самостоятельно определяет способ и форму оплаты за оказанные медицинские услуги (наличный или безналичный расчет) и производит их в рублях РФ согласно Прейскуранту услуг Исполнителя и согласованной сторонами Спецификацией (сметой) после оказания услуг. С согласия Пациента (Заказчика) услуга может быть оплачена при заключении договора в полном размере (100%) или путем внесения аванса (ст. 37 Закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей»).
При оказании комплекса медицинских услуг стоимость определяется на основании твердой либо приблизительной сметы, являющейся приложением к настоящему договору.

6.3. Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

7. Ответственность Сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, несоблюдении клинических рекомендаций (при наличии), а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента (Заказчика).

7.2. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Пациентом (Заказчиком) по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

7.3.1. Отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

7.3.2. Невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома.

7.3.3. Отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения.

7.4. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент (Заказчик) не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

7.5. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Пациент (Заказчик) был предупрежден до оказания медицинской услуги при подписании информированного добровольного согласия.

7.6. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

7.7. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент (Заказчик) обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

7.8. Обращения/жалобы по результатам предоставленных медицинских услуг, качеству оказанных медицинских услуг и сервиса, могут быть переданы Пациентом (Заказчиком) непосредственно Исполнителю, направлены в адрес Исполнителя по почте России или направлены на адреса электронной почты Исполнителя: Stomatologia2005@yandex.ru.

7.9. Рассмотрение требований Пациента (Заказчика), о некачественно оказанной медицинской услуге и возврате денежных средств осуществляется в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» - 10 календарных дней, остальные обращения рассматриваются в течение 30 календарных дней с даты поступления обращения к Исполнителю.

7.10. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту (Заказчику) в заключении, исполнении, изменении или расторжении настоящего договора в связи с отказом Пациента (Заказчика) предоставить свои персональные данные за исключением случаев, если это право предоставлено законом или иным нормативным правовым актом.

7.11. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Если по истечении срока действия договора, Стороны продолжают выполнять его условия, договор считается возобновленным на тех же условиях на тот же срок. Количество пролонгаций не ограничено. При этом, Заказчик/Пациент вправе прекратить его действие, предупредив об этом другую сторону в порядке, установленном ст. 450.1 Гражданского кодекса РФ.

8.2. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта об указанных услугах обеими сторонами (Приложение № 4).

8.3. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

8.5. В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9. Порядок разрешения споров.

9.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

9.2. Все неурегулированные настоящим Договором отношения Сторон, регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1.

10. Прочие условия

10.1. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Пациентом (Заказчиком) желания их получить и подписания настоящего договора. Сроки оказания услуги определяются исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально и согласовываются с Пациентом (Заказчиком).

10.2. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

10.3. Договор составляется в 2-х экземплярах (в 3-х, если в договоре участвуют 3 стороны - Исполнитель, Заказчик и Пациент) по одному для каждой из Сторон и имеют одинаковую юридическую силу. Стороны пришли к соглашению о том, что собственноручная подпись и факсимильная подпись (п. 2. ст. 160 ГК РФ) уполномоченного подписывать настоящий Договор лица имеют равную юридическую силу на настоящем Договоре и его Приложениях.

10.4. Настоящий договор хранится в порядке, определённом законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации – 5 лет.
10.5. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами договора и согласен с его условиями.
10.6. По письменному запросу Пациента (Заказчика), Исполнитель предоставляет затребованные копии из оригиналов медицинской документации. Пациент либо его законный представитель представляет запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), либо запрос, сформированный в форме электронного документа.
При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.
Срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них – в течение 30-ти дней с момента регистрации запроса.
10.7. Исполнитель по заявлению Пациента (Заказчика) при наличии согласия Пациента (Заказчика) выдает документы, указанные в п. 32 Постановления Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов.
10.8. Информирование Пациента (Заказчика) о предстоящем визите, специальных предложениях и акциях (рекламная рассылка) осуществляется только при наличии отдельного письменного согласия Пациента (Заказчика) (Приложение №6).
10.9. Документы, указанные в п. 11 настоящего договора, существуют либо как физическое приложение к данному договору в одном или нескольких экземплярах, либо, как документы в составе общего пакета документов Исполнителя. При этом Пациент (Заказчик) подтверждает, что в доступной для него форме и в полном объеме ознакомлен со всеми документами, являющимися неотъемлемой частью данного Договора.
10.10. В соответствии со 152-ФЗ - обработка ПД без согласия субъекта может осуществляться в случае:
- обработка персональных данных осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну (для специальных категорий ПД).
- обработка персональных данных необходима для исполнения договора, стороной которого либо выгодоприобретателем или поручителем, по которому является субъект персональных данных, а также для заключения договора по инициативе субъекта персональных данных или договора, по которому субъект персональных данных будет являться выгодоприобретателем или поручителем (для общих категорий ПД).

11. Приложения к настоящему Договору:

11.1. Спецификация (Приложение №1);
11.2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №2);
11.3. Отказ от видов медицинских вмешательств (Приложение №3);
11.4. Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение №4);
11.5. Согласие на обработку персональных данных (Приложение №5).
11.6. Согласие на получение оповещений (Приложение №6).

12. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью "Эстет Плюс"
Юр. адрес: 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Даниловского, 29
Тел: +7(4212)742821
ОГРН 1022701408597;
ИНН 2725029177;
КПП 272501001
Р/СЧ. №40702810200000004799
Кор/Сч. № 30101840845250000151
БИК 044525151 АО «Банк Русский Стандарт» г. Москва
Адрес сайта медицинской организации: https://Estet plus 27.ru/

Генеральный директор _____ / Бондарева Ирина Владимировна/
(подпись)

Пациент (Заказчик):
ФИО Пациента (Заказчика) _____
Адрес места жительства _____
Контактный телефон_____
Адрес электронной почты_____
Подпись Пациента (Заказчика)

Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг №_____ от _____ г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги, согласно номенклатуре по Приказу №804 н	Цена услуги в ед. (руб.)	Кол-во услуг	Сумма
1.					
2.					
3.					

Всего предполагается оказать платных медицинских услуг на сумму: _____

Спецификация может быть дополнена и изменена по согласованию с Пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями Спецификации по медицинским показаниям лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

Сроки оказания медицинских услуг по Спецификации составляют - _____день/дней.

Подписанием настоящей Спецификации Пациент/Заказчик удостоверяет, что ознакомлен с возможным характером отклонения от объёма медицинской помощи, установленного действующими Стандартами медицинской помощи и даёт согласие на оказание услуг в указанном объёме.

Со Спецификацией ознакомлен(а) и согласен/(на):

_____/_____/

(подпись) *(ФИО Пациента/Заказчика)*

Исполнитель: _____ *Дата:* _____

(подпись)

Приложение № 2
к Договору на оказание платных медицинских услуг №_____ от _____ г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года № 1051н

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я,_____,
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения / Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
«____»_____ _____года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:_____,
проживающий по адресу:
_____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ _____ г. рождения,
проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Эстет Плюс»

Медицинским работником
_____
(ФИО)
_____
(должность медицинского работника)
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 за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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)

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

_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____Дата оформления

Приложение № 3
к Договору на оказание платных медицинских услуг №__
от _____ г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 года № 1051н

Отказ от медицинского вмешательства

Я,
_____,
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения/Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
«_____»_____ _____года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____
_____,
в отношении _____ "__" _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Эстет Плюс»
(полное наименование медицинской организации)
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. N 390н:
_____
(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником
_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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)_____
_____
_____
_____
_____
_____
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, 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) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

«_____» _____ _____г.

Приложение № 4
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мы, нижеподписавшиеся Общество с ограниченной ответственностью «Эстет Плюс», в лице генерального директора Бондаревой Ирины Владимировны, действующей на основании Устава, именуемое далее Исполнитель, с одной стороны и Пациент (Заказчик) _____
(ФИО)
с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно указанному договору на оказание платных медицинских услуг Исполнителем были оказаны следующие медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Специалист (ФИО)	Стоимость в руб.	Дата оказания услуги

Медицинские услуги оказаны надлежащим образом и в полном объеме. Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.
Претензий к Пациенту (Заказчику) нет.

Исполнитель: Пациент (Заказчик):

_____/ _____/ _____ _____
(подпись) (подпись)
(Ф.И.О.)

Дата _____

Приложение №5
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,
_____
_____,
дата рождения _____г., документ, удостоверяющий личность: _____, серия _____ № _____,выдан_____г.,зарегистрированный (ая) по адресу: _____
_____,

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):
являясь законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного лица _____,
(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью "Эстет Плюс", ОГРН 1022701408597, ИНН 2725029177, адрес юридического лица 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Даниловского, 29,** (далее - Исполнитель) моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, данные о состоянии моего/ представляемого мною лица здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза, в целях оказания медицинских услуг по договору на оказание платных медицинских услуг.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги, я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/ представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/ представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Наименование или фамилия, имя, отчество и адрес лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу_____.

(указать полное наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество и адрес физического лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, которому будет поручена обработка (при наличии).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих/представляемого мною лица персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ 20____ г. и действует до достижения целей обработки либо до отзыва согласия.
Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской услуги.

«_____»_____202__г. /_____ /
_____
(подпись) (ФИО пациента/Заказчика)

Приложение №6
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

Согласие на получение сообщений

Я, _____,

дата рождения _____, документ: _____, серия _____№_____, выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____, даю свое согласие на получение сообщений посредством направления сообщений на электронную почту, мессенджеров и смс сообщений от организации ООО "Эстет Плюс", ОГРН 1022701408597, ИНН 2725029177, адрес юридического лица 680054, Хабаровский край, г. Хабаровск, ул. Даниловского, 29.

Я хочу получать информацию об услугах, акциях, скидках, новостях, предстоящем посещении специалиста в организации ООО "Эстет Плюс", а также сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание платных медицинских услуг, сведений, путем предоставления с помощью: информирования посредством мессенджеров и смс сообщений. Прошу считать актуальными следующий (-ие) номер (-а) телефона (ов): _____.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом сотрудникам ООО "Эстет Плюс", в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам (в том числе составляющую врачебную тайну) несу самостоятельно.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов (а) возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

_____/_____/
Подпись ФИО

Заполняется ответственным сотрудником организации: личность лица, указанного выше, мной проверена.

Подпись поставлена в моем присутствии.

_____/_____/
Подпись ФИО