**УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п.15 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г ООО «Разумная Косметология» настоящим 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 пациента.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи, ф.и.о.)

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**\_

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

Общество с ограниченной ответственностью «Разумная Косметология», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Муллер Ольги Сергеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее –Заказчик)   
с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью «Разумная Косметология».

1.1.2. Адрес местонахождения: :440052, Пензенская область, город Пенза, улица Чкалова/Калинина 19/22.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: 440052, Пензенская область, город Пенза, улица Чкалова/Калинина 19/22.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1205800009425, ИНН 5837078900 дата регистрации – 30 сентября 2020 г., данные о регистрирующем органе – ИНСПЕКЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ СЛУЖБЫ ПО ОКТЯБРЬСКОМУ РАЙОНУ Г.ПЕНЗЫ.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 08.06.2021 г. № Л041-01166-58/00322941 бессрочно

Выдана МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, находящимся по адресу: 440018, г. Пенза, ул. Пушкина, д.163Телефон:8(8412)48-81-01

Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

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 посестринскому делу в косметологии;

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

дерматовенерологии;

косметологии.

1.2. Сведения о потребителе.

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), Потребителя (заполняется, если Потребитель – физическое лицо):

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

1.2.2. Документ удостоверяющий личность Потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.2.3.Адрес местожительства и телефон Потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.3.4. Наименование и адрес местонахождения Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Сведения о Заказчике.

1.3.1. Документ удостоверяющий личность Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.3.2. Адрес местожительства и телефон Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
1.3.3. Наименование и адрес местонахождения Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Исполнитель обязуется оказать потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты, условия и сроки их оказания приведены в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. При заключении Договора Заказчику (потребителю) 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

– порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

– информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

– информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

– другие сведения, относящиеся к предмету договора.

**3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ   
ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых потребителю, приведена также в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или в кассу Исполнителя в день оказания медицинской услуги Исполнителем.

Заказчик (потребитель) ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

**4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6.Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг по письменному заявлению потребителя (его законного представителя) на имя генерального директора .документы выдаются без взимания дополнительной платы.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

4.8. Заказчик (потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (потребителя) в объеме и способами, указанными в Законе от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством России.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством России.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством России.

5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством России.

5.5. В случаях, предусмотренных пунктами 5.3–5.4 договора, Исполнитель вправе приостановить проведение услуг.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства. Сторона, для которой наступили данные обстоятельства должна уведомить о наступлении таких обстоятельств другую сторону любым доступным способом, который может быть подтвержден в последующим, в течение двух суток с момента наступления обстоятельств непреодолимой силы.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

7.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течении года.

8.2. Договор составлен в 3 экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

 **9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель:  ООО «Разумная косметология»  Юр. адрес: 440052, Пензенская область,   город Пенза, улица Чкалова/Калинина 19/22  ИНН: 5837078900 КПП: 583601001  Банк: АО «Альфа-Банк» г.Москва  Рас./счёт: 40702810629170004441  Корр./счёт: 30101810200000000593  БИК: 044525593  Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Муллер О.С.)  М.П. | Потребитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. ФИО |  |
|  |  |  |

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ.**

К договору на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Цены со скидками действительны при оплате до указанной даты

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование\* | Цена\*\* | Цена со скидкой | Дата  оказания услуги |
|  |  |  |  | \_\_\_.\_\_\_20\_\_\_г |
|  |  |  |  | \_\_\_.\_\_\_20\_\_\_г |
|  |  |  |  | \_\_\_.\_\_\_20\_\_\_г |
|  |  |  |  | \_\_\_.\_\_\_20\_\_\_г |
|  |  |  |  | \_\_\_.\_\_\_20\_\_\_г |

\* Данный перечень услуг составлен согласно назначенному плану обследования и лечения в соответствии с причиной обращения указанной в медицинской карте пациента форма 025У.

\*\* Данные услуги не могут быть предоставлены без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Срок оказания медицинской услуги с момента заключения договора 1 год.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель:  ООО «Разумная косметология»  Юр. адрес440052, Пензенская область,   город Пенза, улица Чкалова/Калинина 19/22  ИНН: 5837078900  КПП: 583601001  Банк: АО «Альфа-Банк» г.Москва  Рас./счёт: 40702810629170004441  Корр./счёт: 30101810200000000593  БИК: 044525593 | Заказчик (потребитель):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  м.п. ФИО |  |
| Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Муллер О.С.)  М.П. |  |  |