

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
на оказание платных медицинских услуг

г. \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

**ООО «Дилуна»**, (194017, Санкт-Петербург, пр-кт Энгельса, д. 47 лит. Б пом. 10Н), ИНН 7802483010 / КПП 780201001, ОГРН 1097847296062, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01148-78/00299067, выданной 28.05.2015 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1; тел.: 8 (812) 314-67-89), с перечнем услуг в Лицензии (приложение № 1 к Договору), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Котельниковой Анастасии Игоревны, действующей на основании Устава с одной стороны, и

**ФИО**, именуемая(ый) в дальнейшем Заказчик, и **ФИО**, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг о нижеследующем:

**Основные понятия по договору.**

**«Платные медицинские услуги»** – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее – Договоры).

**«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»** – физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона «О защите прав потребителей».

**«Исполнитель»** – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

**1. Предмет Договора.**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, указанные в перечне услуг и Прейскуранте, с которыми Заказчик ознакомился при подписании настоящего договора и обязуется такие услуги оплатить.

1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги при наличии медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг и оплатить их согласно действующему прейскуранту.

1.3. Подписав настоящий Договор, Потребитель и Заказчик подтверждают, что они ознакомлены с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность (**Приложение № 1** к Договору) и Прейскуранте Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в ООО «Дилуна», и обязуются их соблюдать.

1.4. Окончательная стоимость услуг Исполнителя определяется после окончания оказания услуг в соответствии с прейскурантом Исполнителя и фактическим объемом оказанных Потребителю услуг.

1.5. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре (**Приложение № 4** к Договору).

1.6. При отказе Потребителя и/или Заказчика от подписания настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, а также Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, услуги Потребителю не оказываются.

1.7. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, на качестве медицинских услуг.

**2. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.**

2.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в утвержденном Прейскуранте на дату оказания таких услуг. Гарантия сохранения стоимости услуг сохраняется только при согласии Заказчика на внесение предоплаты за оказываемые Потребителю услуги, предусмотренные перечнем (планом лечения), и оплате этих услуг авансом.

2.2. Прейскурант является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень и стоимость медицинских услуг, и доступен для ознакомления на сайте Исполнителя, находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Потребителя и Заказчика.

2.3. В период действия настоящего Договора стоимость оказываемых в рамках настоящего Договора предоплаченных услуг может быть изменена Исполнителем только по согласованию с Заказчиком.

2.4. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, не предусмотренной настоящим Договором, она выполняется с согласия Потребителя, и с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

2.5. По настоящему Договору Заказчик оплачивает услуги до их оказания, если Договором не установлен иной срок и способ оплаты.

### **3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.**

3.1. Услуги предоставляются Потребителю в течение срока действия настоящего Договора, при его личном обращении, в порядке предварительной записи Потребителя на прием, в соответствии с положениями настоящего договора и графиком работы Исполнителя.

Предварительная запись осуществляется лично, при посещении ООО «Дилуна», либо посредством телефонной связи по номеру телефона Исполнителя, указанном в настоящем Договоре.

3.2. Исполнитель не вправе без согласия Потребителя оказывать дополнительные медицинские услуги, за исключением случаев, когда имеется риск для жизни и здоровья Потребителя.

3.3. Медицинские услуги оказываются Потребителю в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций (при их наличии), с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.4. Медицинские услуги также могут оказываться Исполнителем в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

3.5. Лечащий врач, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования (сбора анамнеза, в том числе с использованием Анкеты – **приложение № 2** к настоящему Договору) и осмотра Потребителя, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает от него Информированное добровольное согласие, составляет и согласовывает (в том числе, предварительный) План лечения (**Приложение № 3** к настоящему Договору), после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с (в том числе, предварительным) Планом лечения.

3.6. С учетом технологии выполнения медицинской услуги, Потребитель должен осознавать вероятность, но не обязательность возникновения побочных эффектов в результате медицинского вмешательства и осложнений, способных причинить вред здоровью Потребителя.

3.7. Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что при оказании медицинских услуг положительный ожидаемый результат от процедуры не может быть гарантирован. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Потребителю сообщается устно и в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

3.8. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение о расторжении Договора на оказание платных медицинских услуг, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, а Потребитель подписывает Отказ от дальнейшего получения платных медицинских услуг. При этом с Заказчика удерживается сумма за оказанные Потребителю медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы.

### **4. Права и Обязанности сторон.**

#### **4.1. Исполнитель обязуется:**

4.1.1. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу в соответствии с настоящим Договором и медицинскими показаниями. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи пациентам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

4.1.2. Предоставить Потребителю доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

4.1.3. Получить информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

4.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

4.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

4.1.6. Обеспечивать при оказании услуг в рамках настоящего Договора использование разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и т.п.

4.1.7. В случае временного отсутствия специалиста, либо наступления обстоятельств, технических или иных обстоятельств, которые в случае наступления могут повлечь на качество оказываемых услуг или повлечь за собой невозможность их исполнения, Исполнитель обязан не позднее, чем за 4 часа до приема, уведомить Потребителя о таком случае и при согласии последнего записать его на прием к другому специалисту, либо перенести запись на другой день.

4.1.8. Предупреждать Потребителя о необходимости предоставления дополнительных услуг.

#### **4.2. Исполнитель вправе:**

- 4.2.1. Изменять по медицинским показаниям (в том числе, предварительный) План лечения, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предварительно уведомив Потребителя и Заказчика об этом.
- 4.2.2. Направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из иных медицинских учреждений для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 4.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя (к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания платных медицинских услуг).
- 4.2.4. Отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, в том числе по общему состоянию здоровья. Исполнитель также вправе приостановить и/или отменить оказание услуг, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги.
- 4.2.5. Требовать от Потребителя предоставления всей достоверной информации о состоянии здоровья, противопоказаниях, известных ему аллергических реакциях, необходимой для оказания ему платных медицинских услуг.
- 4.2.6. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя.
- 4.2.7. Требовать своевременной и полной оплаты за оказанные медицинские услуги в сроки и на условиях, определенных настоящим Договором.

#### **4.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:**

- 4.3.1. Соблюдать режим работы Исполнителя, внутренний режим нахождения в медицинской организации, которые доводятся до сведения Потребителя в месте, доступном для ознакомления с ними. Являться на прием, диагностику, и проведение процедуры в установленное время.
- 4.3.2. При заключении настоящего Договора предоставить Исполнителю устно и письменно всю достоверную информацию о состоянии своего здоровья (в том числе посредством заполнения Анкеты пациента) и самочувствии которые могут сказаться на качестве оказываемой Исполнителем услуги, и сообщать Исполнителю (медицинскому работнику Исполнителя) о любых изменениях самочувствия в период предоставления оказываемых услуг.
- 4.3.3. По запросу Исполнителя предоставить документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 4.3.4. Сообщить медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия.
- 4.3.5. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания медицинских услуг.
- 4.3.6. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании препаратов, назначенные специалистами других лечебных учреждений и не получать услуги в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях).
- 4.3.7. В случае ухудшения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Потребителя, с оказанными Исполнителем медицинскими услугами, немедленно сообщить об этом по телефону либо при личном приеме лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.
- 4.3.8. Бережно относиться к оборудованию, материалам и иному имуществу Исполнителя, а при причинении ущерба указанному имуществу, возместить добровольно во внесудебном порядке сумму такого ущерба, на основании подтверждающих документов, в течении 10 (десяти) рабочих дней с момента получения от Исполнителя письменной претензии и копий документов, подтверждающих причиненный ущерб.

#### **4.4 Потребитель (Заказчик) вправе:**

- 4.4.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги по Договору, в соответствии с перечнем услуг.
- 4.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.
- 4.4.3. Отказаться от исполнения Договора в любое время, пописав Соглашение о расторжении Договора на оказание платных медицинских услуг, при условии уплаты Исполнителю фактически оказанных медицинских услуг, оказанных до получения Исполнителем извещения об отказе Потребителя от исполнения Договора, и полного возмещения Исполнителю расходов, которые Исполнитель понес в связи с заказом медицинских препаратов, расходных материалов, для оказания услуг непосредственно Потребителю.

### **5. Порядок оплаты**

- 5.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в утвержденном Прейскуранте на дату оказания таких услуг. Гарантия сохранения стоимости услуг сохраняется только при согласии Потребителя (или Заказчика) на внесение предоплаты за оказываемые услуги, предусмотренные перечнем, и оплате этих услуг авансом.
- 5.2. Прейскурант является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень и стоимость медицинских услуг, и доступен для ознакомления на сайте Исполнителя, находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Потребителя и Заказчика.
- 5.3. В период действия настоящего Договора стоимость оплаченных услуг может быть изменена Исполнителем только по согласованию с Потребителем (Заказчиком).

5.4. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, не предусмотренной настоящим договором и/или дополнительными соглашениями к нему, она выполняется с согласия Потребителя, и с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

5.5. Заказчик производит предварительную оплату медицинских услуг (до начала их оказания) согласно Прейскуранту цен, действующему у Исполнителя на момент оплаты. Оплата медицинских услуг осуществляется одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет (в том числе с применением QR-кода), с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

5.6. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Потребителя, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный в том числе, планом лечения, сократится либо оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг. При этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, оплаченной Потребителем (Заказчиком) за медицинские услуги, предусмотренные планом лечения (с изменениями, при наличии) возвращается Потребителю (Заказчику) на основании письменного заявления последнего в течение 10 (Десяти) дней с даты получения такого заявления Исполнителем.

5.7. В случае, отказа Потребителя от продолжения лечения путем подачи письменного заявления в любое время до момента начала оказания платных медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора. При этом с Потребителя (Заказчика) удерживается сумма за уже оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные планом лечения (с изменениями, при наличии) возвращается Потребителю (Заказчику) на основании заявления последнего в течение 10 (Десяти) дней с даты получения такого заявления Исполнителем.

5.8. В случае предшествующей отмены записи на прием к врачу-специалисту без предварительного уведомления об этом Исполнителя, а также в иных случаях, Исполнитель вправе осуществить запись на прием врача-специалиста на условиях оплаты стоимости услуги Потребителем в виде аванса. Денежные средства, оплаченные Заказчиком авансом, подлежат возврату в порядке, предусмотренном пп. 5.6 – 5.7. настоящего Договора.

## **6. Ответственность Сторон.**

6.1. В случае опоздания Потребителя на процедуру более чем на 15 минут, Исполнитель вправе по согласованию с Потребителем перенести дату и (или) время приема Потребителя или отказать Потребителю в приеме.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) своих обязательств или в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.3. Потребитель (Заказчик) обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Потребителя (Заказчика).

6.4. В случае не своевременной оплаты услуг, оказанных Исполнителем Потребителю, на сумму задолженности начисляются пени в размере 0,3 (Ноль целых три десятых) % (процента) за каждый день просрочки оплаты.

6.5. Стороны также несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору.

## **7. Конфиденциальность.**

7.1. Информация о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

7.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает Согласие на обработку персональных данных (**Приложение № 4** к настоящему Договору). Информированное добровольное согласие на определенные виды медицинских вмешательств, подписывается Потребителем непосредственно перед оказанием медицинских услуг.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое согласие Исполнителю на фото и видеосъемку, на безвозмездное использование (без выплаты гонорара) своих изображений в рекламных, информационных и иных материалах, без выплаты Потребителю вознаграждения. В соответствии с настоящим пунктом Договора Исполнитель вправе обнародовать и в дальнейшем использовать изображения (непосредственно лицо Потребителя, фиксация до, во время и после оказания медицинской услуги) полностью или фрагментарно: воспроизводить, распространять путем продажи или иного отчуждения оригиналов изображений или их экземпляров, осуществлять публичный показ, импортировать оригиналы или экземпляры изображений в целях распространения, в том числе в сети Интернет и в социальных сетях, сообщать в эфир и по кабелю, перерабатывать, доводить до общего сведения.

7.5. Исполнитель гарантирует, что изображения Потребителя, используемые им в соответствии с пунктом 7.4. настоящего Договора, не будут использованы способами, порочащими честь, достоинство и деловую репутацию Потребителя.

7.6. Согласия, данные Потребителем, и указанные в пунктах 7.4 и 7.5. настоящего Договора, могут быть использованы Исполнителем до дня отзыва таких согласий в письменном виде.

## **8. Прочие условия**

8.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к настоящему Договору.

- 8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.
- 8.3. Подписывая данный Договор, Потребитель и Заказчик подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения.
- 8.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

#### **9. Дистанционная передача информации.**

- 9.1. Потребитель вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.
- 9.2. Предоставлением адреса электронной почты Потребитель дает согласие Исполнителю пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.
- 9.3. За исключением особо оговоренных случаев, Исполнитель не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Потребитель имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно у Исполнителя.
- 9.4. Исполнитель вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Потребитель обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру амбулаторной медицинской карты Потребителя и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить Исполнителю.
- 9.5. Исполнитель вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.
- 9.6. Потребитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Исполнитель не несет ответственности, в том числе:
- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе и/или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к конечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);
  - неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);
  - поврежденных файлов.
- 9.7. Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Исполнителя. Исполнитель вправе в одностороннем порядке приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Мобильный телефон +7 \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях	ДА	НЕТ
Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи	ДА	НЕТ
Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания	ДА	НЕТ

#### **10. Порядок изменения и расторжения Договора.**

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Все изменения к настоящему Договору вносятся по соглашению сторон и оформляются дополнительным соглашением к Договору. В случае, если ни одна из сторон настоящего Договора за 30 (Тридцать) календарных дней до даты окончания срока действия настоящего Договора письменно не заявила о своем намерении его расторгнуть, договор пролонгируется на существующих условиях на тот же срок.

Все обращения Потребителя за медицинскими услугами, и оказание таких услуг Исполнителем считаются произведенными во исполнение настоящего Договора.

10.2. Расторжение настоящего Договора может осуществляться по соглашению Сторон, или по инициативе одной из сторон в случаях, определенных настоящим Договором и действующим законодательством.

10.3. Исполнитель имеет право расторгнуть договор в случаях:

- существенного нарушения условий настоящего Договора со стороны Потребителя (Заказчика).
- несоблюдения режима назначенного лечения.

10.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг и не обращения за данными услугами в течение первых 3 (трех) месяцев с момента заключения Договора, настоящий Договор расторгается автоматически.

10.5. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя, в порядке при условиях, предусмотренных законодательством, а также по соглашению сторон, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### **11. Заключительные положения.**

11.1. Настоящий Договор заключается в 3 (Трех) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. Все Приложения, подписанные сторонами, со ссылкой на номер и дату настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

11.2. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде по правилам подведомственности и подсудности, установленными законодательством Российской Федерации.

11.3. Потребитель вправе направить жалобу (обращение) по факту оказания некачественно оказанных Исполнителем платных медицинских услуг в Управление Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу по адресу: 191025, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19; тел.: 8 (812) 764-42-38. А также в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1; тел.: 8 (812) 314-67-89.

11.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

11.5. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора и приложений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

**11.6. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) Потребитель имеет возможность получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.**

## 12. Приложения:

12.1 – Приложение № 1 – Копия лицензии

12.2. - Приложение № 2 - Анкета пациента

12.3. – Приложение № 3 - План лечения

12.4. – Приложение № 4 - Согласие на обработку персональных данных

## 13. Реквизиты и подписи сторон.

### 12. Реквизиты и подписи сторон.

<b>Исполнитель:</b> <b>ООО «Дилуна»</b>  Юридический адрес: 194017, Санкт-Петербург, пр-кт Энгельса, д. 47 лит. Б пом. 10Н Фактический адрес: 194017, Санкт-Петербург, пр-кт Энгельса, д. 47 лит. Б пом. 10Н  ИНН 7802483010 / КПП 780201001  Р/счет 40702810205000002000 "СДМ-Банк" (ПАО) БИК 044525685 к/с 30101810845250000685  тел.: 8(812) 317-78-21 e-mail: skinlazermed@mail.ru сайт: <a href="https://www.skinlazermed.ru">https://www.skinlazermed.ru</a>  <b>Генеральный директор</b> _____ /Котельникова А.И./	<b>Потребитель:</b> <b>ФИО, адрес регистрации, паспортные данные, номер телефона</b>	<b>Заказчик:</b> <b>ФИО, адрес регистрации, паспортные данные, номер телефона</b>
---	---	--

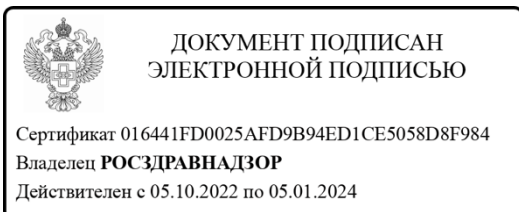
Приложение № 1  
К договору на оказание платных медицинских услуг  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.



**Выписка**

**из реестра лицензий** (сформирована на интернет-портале Росздравнадзора)

1. Статус лицензии: действует;
2. Регистрационный номер лицензии: Л041-01148-78/00299067;
3. Дата предоставления лицензии: 28.05.2015;
4. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения;
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращённое наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:  
Полное наименование - Общество с ограниченной ответственностью "Дилуна";  
Сокращённое наименование - ООО "Дилуна";  
ОПФ - Общество с ограниченной ответственностью;  
Адрес места нахождения - 194017, Россия, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 47, лит. Б, пом. 8-Н;  
ОГРН - 1097847296062;
6. Идентификационный номер налогоплательщика: 7802483010;
7. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:  
194017, пр. Энгельса, д. 47, лит. Б, пом. 10Н.  
выполняемые работы, оказываемые услуги:  
Приказ 86бн;  
При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
медицинскому массажу;  
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;  
педиатрии;  
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  
косметологии;  
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; физиотерапии.
9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 6929 от 29.07.2022.
10. Иные установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации сведения: приказ/решение (внесение изменений в лицензию) № 6929 от 29.07.2022; приказ/решение (переоформление лицензии) № 763-п от 28.05.2015; приказ/решение № 341-п от 16.07.2010.  
Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.



**Приложение № 2**  
**К договору на оказание платных медицинских услуг**  
 № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.



**SKIN LAZER MED**  
 центр эпиляции и косметологии

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА № \_\_\_\_\_**

**ДАТА:** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_ г.

**ФИО**  
**ПАЦИЕНТА** \_\_\_\_\_

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Место рождения:	_____	Дата рождения:	_____
Болезни в детстве:	_____		

Профессиональные вредности:  нет /  да

Вредные привычки:  /

курение:  нет /  да

алкоголь:  нет /  да

**ВАС БЕСПОКОИТ:**

ЛИЦО:	ТЕЛО:	БАДы
<input type="checkbox"/> Общий уход за кожей лица	<input type="checkbox"/> Общий уход за кожей тела	<input type="checkbox"/> Подбор БАДов
<input type="checkbox"/> Мимические морщины	<input type="checkbox"/> Целлюлит	<b>НОВООБРАЗОВАНИЯ</b>
<input type="checkbox"/> Гравитационный птоз (опущение тканей лица)	<input type="checkbox"/> Сосудистые изменения нижних конечностей, тела	<input type="checkbox"/> На лице
<input type="checkbox"/> Общее снижение тургора кожи	<input type="checkbox"/> Мышечные боли	<input type="checkbox"/> На теле
<input type="checkbox"/> Коррекция формы лица и губ	<input type="checkbox"/> Избыточный рост волос	<input type="checkbox"/> В интимной зоне
<input type="checkbox"/> Нарушение пигментации	<input type="checkbox"/> Рубцы и стрии	<b>ВОЛОСЫ</b>
<input type="checkbox"/> Купероз, сосудистая сеточка	<input type="checkbox"/> Коррекция фигуры	<input type="checkbox"/> Выпадение волос
<input type="checkbox"/> Акне, угревая сыпь, расширенные поры	<input type="checkbox"/> Гипергидроз (Повышенное потоотделение)	<input type="checkbox"/> Себорея головы
<input type="checkbox"/> Розацеа	<b>АНАЛИЗЫ</b>	
<input type="checkbox"/> Сухость кожи	<input type="checkbox"/> Показатели лабораторных исследований	

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

СИМПТОМЫ	СИМПТОМЫ
Лекарственные препараты <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>	Косметические средства <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>
Фотосенсибилизация <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>	Анестетики <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>
Пищевые продукты <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>	Пыльца растений <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>
Бытовые аллергены <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>	Шерсть <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>
	Другое <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/>



## АНАМНЕЗ ИНОЕ

✓    ✗		✓    ✗	
Гепатит А,В,С	<input type="checkbox"/>	Инъекции (за последние 6 мес.)	<input type="checkbox"/>
Туберкулез	<input type="checkbox"/>	Переливание крови	<input type="checkbox"/>
ЛОР органы (отит, синусит и пр.)	<input type="checkbox"/>	Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/>
Хронические очаги инфекции (пиодермин, фурункулез, трофическая язва)	<input type="checkbox"/>	Аутоиммунные заболевания	<input type="checkbox"/>
Дерматологические заболевания	<input type="checkbox"/>	Лечение у стоматолога (за последние 6 мес.)	<input type="checkbox"/>
Венерические заболевания	<input type="checkbox"/>	Были ли травмы головы	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	Онкология	<input type="checkbox"/>
Склонность к келоидным рубцам	<input type="checkbox"/>	Тромбофлебит / Варикозное расширение вен	<input type="checkbox"/>
Наличие кардиостимулятора	<input type="checkbox"/>	Эпилепсия	<input type="checkbox"/>
Наличие металлоконструкций	<input type="checkbox"/>	Операции	<input type="checkbox"/>

## ВАШЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

пониженное   
  повышенное   
  нормальное   
  не знаю

## РЕГУЛЯРНЫЙ/КУРСОВОЙ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ (В Т.Ч.БАДОВ)

Название	Доза	Длительность приема	Частота приема
Прием гормональных препаратов (в т.ч. контрацептивов)			
Прием системных ретиноидов (Акнекутан, Роакутан, Сотрет и тд.)			
Другие			

## ВАШ РЕЖИМ СНА

сплю ночью, бодрствую днем   
  работаю в ночь   
  режим сна сбит

## РЕГУЛЯРНОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ К КОСМЕТОЛОГУ

нерегулярно   
  1 раз в \_\_\_\_\_ курсовые процедуры \_\_\_\_\_

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ (отметить когда)

<input type="checkbox"/>	Химический пилинг АНА, ТСА	<input type="checkbox"/>	RF-лифтинг
<input type="checkbox"/>	Лазерные процедуры	<input type="checkbox"/>	Плазмалифтинг
<input type="checkbox"/>	Мезотерапия	<input type="checkbox"/>	Мезонити (тред-лифтинг)
<input type="checkbox"/>	Фотокосметология	<input type="checkbox"/>	Контурная пластика
<input type="checkbox"/>	Биоревитализация	<input type="checkbox"/>	Инъекции ботулотоксина
<input type="checkbox"/>	SMAS лифтинг	<input type="checkbox"/>	Чистки, уходовые процедуры

## НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС ИНДИВИДУАЛЬНАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ИЛИ ГИПЕРРЕАКЦИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДАННЫХ УСЛУГ РАНЕЕ?

нет   
  да

Если да, что именно

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ КОСМЕТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА**

лицо \_\_\_\_\_  
 тело \_\_\_\_\_

**ЧАСТОТА ЗАГОРАНИЯ НА СОЛНЦЕ, В СОЛЯРИИ**

часто     редко  
 никогда

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЛНЦЕЗАЩИТНЫХ СРЕДСТВ**

нет  
 да

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ДЛЯ ЖЕНЩИН**

Беременность: всего  (Р\_\_\_\_; А\_\_\_\_;  
 В\_\_\_\_)

Вы беременны / возможно беременны  нет

Находитесь на ГВ  нет

Менструация с  лет,  
 Длительность цикла  дней.

дети

последние роды \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 20\_\_  
 \_\_\_\_ г.

да

да

регулярно     нерегулярно

Менопауза с  лет.

Последний осмотр гинеколога \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

При ответе на вопросы данной Анкеты я сообщил(а) правдивые сведения. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Отвечая на вопросы в Анкете, я осознаю, что**

- успешность лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма.
- сообщаемые мной сведения составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.
- сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.
- результаты лечения зависят от состояния моего здоровья.
- в случае приема лекарственных препаратов, мне нужно сообщать об этом врачу.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента, расшифровка \_\_\_\_\_

**Приложение № 3**  
**К договору на оказание платных медицинских услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.**

**Предварительный (основной) план лечения**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Пациент:** \_\_\_\_\_,  
**дата рождения** « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

1. Оказание медицинской помощи \_\_\_\_\_

(указать наименование услуги)

2. Профилактические мероприятия

(указать какие именно)

3. Лечение:

	Наименование манипуляции (медицинской услуги)	Дата	Количество	Стоимость, руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

4. Дополнительные диагностические мероприятия \_\_\_\_\_

5. Консультации других специалистов:

Предварительный (основной) план составил врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

После осмотра мной врачом и беседы с ним мне понятен план, объем лечения, возможная необходимость дополнительного обследования, сроки лечения. Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы и доверяю квалификации врача.

С предварительным планом лечения и ориентировочной стоимостью согласен(на)

Я уведомлен(а) о том, что план лечения составлен исходя из состояния Потребителя на дату его состояния, и если в течение 1 (Одного) месяца с даты его подписания лечение не будет начато, понадобится составление нового плана лечения.

**Потребитель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Приложение № 4**  
**К договору на оказание платных медицинских услуг**  
№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я, (ФамилияИмяОтчество) \_\_\_\_\_,  
Паспорт гражданина России серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» (далее – Закон), в целях предоставления мне медицинских услуг, даю согласие ООО «Дилуна», (194017, Санкт-Петербург, пр-кт Энгельса, д. 47 лит. Б пом. 10Н), ИНН 7802483010 / КПП 780201001, ОГРН 1097847296062, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу, осуществляющее медицинскую деятельность в соответствии с лицензией Л041-01148-78/00299067, выданной 28.05.2015 года Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1; тел.: 8 (812) 314-67-89) (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактная информация (номер телефона и e-mail, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных с использованием бумажных и электронных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

В соответствии с требованиями указанного Закона подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, являющимся сотрудником ООО «Дилуна» и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения амбулаторной медицинской карты. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

- Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
- Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных.

Я уведомлен(а) о том, что в случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор с целью выполнения требований федерального законодательства вправе продолжать обработку моих персональных данных в течение срока и в объеме, установленным законодательством.

Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, установленного законодательством для уничтожения или передачи персональных данных в архив.

**Настоящее согласие на обработку персональных данных в ООО «Дилуна» дано мной добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе. Я, находясь в сознании, понимая значение своих действий и не ошибаясь в отношении согласия, подтверждаю свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с тем, как это описано выше.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(ФамилияИО)/ \_\_\_\_\_  
*подпись*