**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**оказания платных санаторно-курортных и оздоровительных услуг**

г.о. Ялта пгт. Форос «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

**Общество с ограниченной ответственностью «ВАРДА +»**, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 1660362792, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1211600033523, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан 28 апреля 2021г., место нахождения: 298690, Республика Крым, г.о. Ялта, пгт. Форос, Спуск Форосский, здание 1Д, строение 1, медицинская лицензия на осуществление медицинской деятельности - Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Республики Крым (Адрес: 295015, Республика Крым, г. Симферополь, пр. Кирова, 1, телефон: (3652) 605-875)), дата предоставления лицензии: 17 июля 2023г., регистрационный номер лицензии: Л041-01177-91/00664330, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующ(ей/его) на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, руководствуясь главой 39 Гражданского кодекса РФ, законом РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав Потребителей», Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Постановлением Правительства РФ №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006", заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется предоставить Заказчику на платной основе санаторно-курортные/оздоровительные услуги (далее по тексту — Услуги) в медицинском центре санаторного комплекса «LUCIANO WELNESS & SPA FOROS», отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется принять и своевременно произвести оплату указанных Услуг в порядке и в сроки, установленные в Договоре.
	2. Санаторно-курортное лечение организуется и осуществляется на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи. Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую Исполнителем в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительной местности и/или на курорте Исполнителя. Санаторно-курортное лечение основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности.
	3. Санаторно-курортное лечение осуществляется при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, которые определяются лечащим врачом по результатам анализа объективного состояния здоровья, данных предшествующего медицинского обследования и лечения (со сроком давности проведения не более 1 месяца до даты обращения Пациента к лечащему врачу).
	4. Период и срок оказания услуг определен Сторонами в санаторно-курортной путевке. При этом Стороны определили, что срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления препаратов, соблюдение Пациентом графика и методов лечения, и может быть скорректирован Исполнителем с учетом дней отсутствия (опоздания) Пациента. В случае прибытия Пациента в медицинский центр санаторного комплекса «LUCIANO WELNESS & SPA FOROS» позднее срока, указанного в путевке на санаторно-курортное лечение, без уважительных причин (стихийное бедствие, заболевание или иные обстоятельства, не зависящие от воли сторон), решение о возможности проведения санаторно-курортного лечения принимается главным врачом и генеральным директором ООО «ВАРДА +» при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний для санаторно-курортного лечения.
	5. Объем оказываемых по настоящему Договору Услуг определяется желанием Заказчика/Пациента и организационно-техническими возможностями ООО «ВАРДА +». Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является предоставление информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленного медицинским работником ООО «ВАРДА +» в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи.
	6. Основанием для получения Услуг является санаторно-курортная путевка и фискальный чек полной оплаты стоимости подлежащих оказанию Услуг в соответствии с действующими у Исполнителя тарифами на платные медицинские услуги (далее - Тарифы).
	7. Услуги оказываются по адресу: г.о. Ялта, пгт Форос, ул. Форосский спуск, здание 1Д строение 1, помещение 2.
	8. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора ознакомлен: с Положением о порядке и условиях предоставления медицинских услуг ООО «ВАРДА +», c Правилами проживания и предоставления услуг в Санатории «LUCIANO WELLNESS & SPA FOROS», перечнем и стоимостью предоставляемых Исполнителем Услуг, со сведениями о наличие у Исполнителя лицензии по соответствующими видами деятельности, а также уведомлен, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
2. **ПОРЯДОК БРОНИРОВАНИЯ УСЛУГ**
	1. В соответствии с условиями настоящего Договора Заказчиком приобретаются санаторно-курортные/оздоровительные услуги, оказываемые Исполнителем на условиях настоящего Договора.
	2. Заказчик имеет право бронировать основные услуги по Публикуемому тарифу, актуальному на момент подачи заявки, при условии подтверждения бронирования Исполнителем.
	3. Заявка на бронирование должна быть подписана уполномоченным представителем Заказчика и направлена Исполнителю по электронной почте, указанной в реквизитах к Договору.
	4. Стороны пришли к соглашению осуществлять сверку по реализованным услугам ежемесячно.
3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
	1. Исполнитель обязуется:
		1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.
		2. Оказать полный перечень согласованных Договором Услуг.
		3. Предоставить Заказчику и Пациенту полную и достоверную информацию о перечне Услуг, предоставляемых Исполнителем.
		4. Предупредить Заказчика и Пациента в случае, если при предоставлении указанных в Договоре платных медицинских Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре.
		5. Не предоставлять Пациенту дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без его согласия.
		6. Оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе выдать бланк БСО (бланк строгой отчетности) с использованием контрольно-кассовой техники и кассовый чек на оплату авансового платежа за услуги или бланк БСО (бланк строгой отчетности) с использованием контрольно-кассовой техники и кассовый чек на оплату авансового платежа за услуги для детей, содержащие сведения о проведенном санаторно-курортном лечении;
		7. Провести осмотр пациента и по результатам проведенного осмотра провести оценку функциональных резервов организма и выявить наличие (отсутствие) факторов риска и ограничений для выполнения отдельных медицинских вмешательств при санаторно-курортном лечении;
		8. Составить индивидуальную программу санаторно-курортного лечения;
		9. Оформить медицинскую карту пациента.
		10. По требованию Заказчика/Пациента выдать следующие документы:
		* Копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;
		* справку об оплате санаторно-курортных, оздоровительных и/или медицинских услуг по установленной форме;
		* рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью Исполнителя.
	2. Заказчик обязуется:
		1. Оплатить Исполнителю Услуги по настоящему Договору в полном объеме.
		2. В случае отказа от получения услуг, согласованных в соответствующем приложении к настоящему Договору, возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
		3. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях Пациента, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, обеспечить Пациентом точное выполнение назначения врача, а также указаний, предписанных на период после оказания услуг по форме Приложения №5 к настоящему Договору.
		4. Ознакомиться и обеспечить подписание всех необходимых документов об информированном добровольном согласии Пациента на проведение лечебно-диагностических мероприятий, являющихся предметом настоящего Договора.
		5. Обеспечить соблюдение Пациентом Правил, установленных Исполнителем.
	3. Исполнитель имеет право:
		1. Оказывать платные медицинские Услуги в полном объеме либо по просьбе Заказчика/Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
		2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских Услуг в случае, если существует угроза жизни и здоровью Пациента.
		3. Отказать в оказании Услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
		4. Отказать в оказании услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
	4. Пациент имеет право:
		1. Выбрать лечащего врача из штата медицинской организации Исполнителя.
		2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
		3. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
		4. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
	5. Заказчик имеет право:
		1. Отказаться от исполнения настоящего Договора оказания Услуг при условии оплаты фактически оказанных Исполнителем Услуг и фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.
		2. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну и конфиденциальную информацию.
4. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. Стоимость Услуг Исполнителя определяется на основании действующих на дату оказания Услуг тарифов на платные санаторно-курортные (медицинские) и оздоровительные услуги. Цены на платные санаторно-курортные (медицинские) и оздоровительные услуги самостоятельно формируются и утверждаются Исполнителем. Цены на санаторно-курортные (медицинские) и оздоровительные услуги доводятся до сведения Заказчика и/или Пациента путем размещения тарифов на платные санаторно-курортные (медицинские) и оздоровительные услуги Исполнителя на информационных стендах (стойках) в медицинском центре Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя [www.luciano-wellness.ru](http://www.luciano-wellness.ru).
	2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в тарифы на платные санаторно-курортные (медицинские) и оздоровительные услуги. Информация об изменении тарифов Исполнителя доводится до сведения Заказчика/Пациента путем размещения на информационных стендах (стойках) в медицинском центре Исполнителя и на официальном сайте Исполнителя [www.luciano-wellness.ru](http://www.luciano-wellness.ru).
	3. Стоимость санаторно-курортных (медицинских) и оздоровительных услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, указывается в Приложении №1 к настоящему Договору.
	4. Заказчик обязуется осуществить оплату платных санаторно-курортных (медицинских) и оздоровительных услуг Исполнителя до начала их оказания. Заказчик осуществляет оплату Услуг в безналичной форме в валюте Российской Федерации (рубли).
	5. В случае изменения стоимости тарифов на оказание Услуг после их оплаты Заказчиком, разница, на которую уменьшилась стоимость, не возвращается, а разница, на которую увеличилась стоимость, не доплачивается.
	6. На выполнение отдельной медицинской услуги, стоимость которой определить при заключении данного Договора затруднительно, Исполнителем может быть составлена твердая или приблизительная смета. В таком случае смета на оказание услуг согласовывается с Заказчиком и является неотъемлемой частью настоящего Договора.
	7. В случае отказа Заказчика от получения услуг, согласованных в соответствующем приложении к настоящему Договору, Заказчик обязан возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
	8. Факт оказания Услуг подтверждается Сторонами подписанным с обеих Сторон Актом оказанных услуг.
5. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему Договору одной из сторон ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.
	2. Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Заказчику медицинской помощи.
6. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.**
	1. Исполнитель определяет характер и объём медицинского обслуживания Пациента (санаторно-курортного лечения и оздоровления) с учетом его медицинских показаний и в соответствии с медицинской лицензией Исполнителя.
	2. Пациенту с его согласия могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги в соответствии с назначением врача за дополнительную плату.
	3. Заказчик, подписавший Договор и/или осуществивший действия по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя, таким образом выражает свое полное, безоговорочное согласие с условиями Договора и условиями предоставления платных санаторно-курортных (медицинских) и оздоровительных услуг, содержащимися на официальном сайте Исполнителя [www.luciano-wellness.ru](http://www.luciano-wellness.ru).
	4. Медицинская документация, в том числе определенная сторонами в пункт 2.1 Договора, выдается лично Пациенту при предъявлении документа, удостоверяющего его личность, либо его доверенному лицу при предъявлении удостоверяющих его полномочия документов в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
	5. Рекомендации по лечению, направления на лабораторные и иные исследования, лекарственные назначения и иная документация, относящаяся непосредственно к процессу лечения, выдается лечащим врачом во время приема.
	6. Выписки из медицинских карт, их копии, справки для предъявления в государственные органы и иные медицинские документы, требующие определенного времени для их подготовки, оформляются и выдаются на основании письменного заявления Пациента в сроки согласно действующему законодательству РФ.
	7. Пациент/Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в отношении исполнения настоящего Договора и качества оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг следующим способом:
		1. Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю, Запорожской области и Херсонской области - 295034, г. Симферополь, ул. Полевая, д. 24/23, контактный тел. +7 3652 60 16 86, info@reg82.roszdravnadzor.gov.ru.
		2. Министерство здравоохранения Республики Крым - 295015, Республика Крым, г.Симферополь, пр.Кирова, д.1, minzdrav2014@mzdrav.rk.gov.ru (канцелярия);
		3. Межрегиональное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю - 295034, Республика Крым, г.Симферополь, ул.Набережная, 67, тел.приемной +7 978 9191143, crimea@82.rospotrebnadzor.ru.
7. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств каждой из Сторон.
	2. Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленного письменным соглашением Сторон.
	3. В случае полного или частичного отказа Заказчика/Пациента от получения медицинских Услуг, Договор расторгается. После чего Заказчик обязан оплатить Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг, с учетом стоимости фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору, либо в случае если сумма ранее перечисленных Заказчиком Исполнителю денежных средств превысит фактически оказанные Услуги и понесенные Исполнителем расходы, Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства за вычетом разницы.
8. **ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**
	1. В целях исполнения настоящего Договора в соответствии с п.5 ч.1 ст.6 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, Исполнитель принимает на себя обязательство на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку, указанных в настоящем Договоре персональных данных Пациента, строго в объеме, необходимом для оказания услуг по настоящему Договору.
	2. В целях исполнения настоящего Договора в соответствии с п.4 ч.2 ст.10 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, Исполнитель принимает на себя обязательство на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку, персональных данных о состоянии здоровья Пациента, строго в объеме, необходимом для оказания услуг по настоящему Договору, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.
9. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
	1. Стороны договариваются, что при подписании Договора ООО «ВАРДА +» вправе в соответствие с ч.2 ст.160 ГК РФ использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
	2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента и Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
	3. В случае, если Пациент является лицом, не достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией), либо лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство, в отношении Пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство предоставляет (дает) законный представитель Пациента.
	4. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
	5. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя, допускается в целях обследования и лечения Пациента, неспособного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
	6. К отношениям между Пациентом и Исполнителем применяются нормы Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».
	7. Неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
	8. Договор составлен и подписан в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон, и третий - для Пациента.
10. **ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ООО «ВАРДА +»** | **Заказчик:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| ИНН/КПП 1660362792 \ 910301001Р/с 40702810140010000625в РНКБ Банк (ПАО)К/с 30101810335100000607БИК 043510607Юридический адрес:298690, Россия, Республика Крым, городской округ Ялта, г Ялта, пгт Форос, Форосский спуск, зд. 1д, стр. 1Представитель по доверенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Юридический адрес:ИНН/КПП Р/с в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_К/с БИК E-mail Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение №1

к договору оказания платных

санаторно-курортных и оздоровительных услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

**ПЕРЕЧЕНЬ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименованиемедицинской услуги | Срок оказания услуг | Кол-во процедур | Цена, руб. | Общая стоимость,руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Общая стоимость услуг составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Порядок и сроки оплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заказчик:** |
| По доверенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ подпись Ф.И.О. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись Ф.И.О. |
|  |  |
| МП |  |

**Акт**

**об оказании платных санаторно-курортных и оздоровительных услуг**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Общество с ограниченной ответственностью «ВАРДА +»**, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 1660362792, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1211600033523, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №18 по Республике Татарстан 28 апреля 2021г., место нахождения: 298690, Россия, Республика Крым, городской округ Ялта, г Ялта, пгт Форос, Форосский спуск, зд. 1д, стр. 1, медицинская лицензия на осуществление медицинской деятельности - Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Республики Крым (Адрес: 295015, Республика Крым, г. Симферополь, пр. Кирова, 1, телефон: (3652) 605-875)), дата предоставления лицензии: 17 июля 2023г., регистрационный номер лицензии: Л041-01177-91/00664330, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующ(ей/его) на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны**,** совместно именуемые Стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Заказчик принял медицинские услуги согласно вышеуказанного перечня платных медицинских услуг.

2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Настоящий Акт составлен в двух (*вариант:* трех) экземплярах, по одному для каждой из Сторон (*вариант:* по одному для Исполнителя, Заказчика и потребителя).

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заказчик:** |
| По доверенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/ подпись Ф.И.О. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись Ф.И.О. |
|  |  |
| МП |  |

Приложение №2

к договору оказания платных

санаторно-курортных и оздоровительных услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

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

*(фамилия, имя, отчество),*

основной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(вид, серия, номер,*

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

*наименование органа, выдавшего документ, и дата выдачи)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в соответствии со [статьей 9](file:///D%3A/TNG3LIVE/consultantplus%3A/offline/ref%3DD587CCA35F00A2321102FDB92AD0E6F7246ED9CB49443290090AE20802C5884C26E9CD30CE7239B9DDiFL) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя по своей воле и в своем интересе, **даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «ВАРДА +», идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 1660362792, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1211600033523, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»**, на обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных [пунктом 3 статьи 3](file:///D%3A/TNG3LIVE/consultantplus%3A/offline/ref%3DD587CCA35F00A2321102FDB92AD0E6F7246ED9CB49443290090AE20802C5884C26E9CD30CE723BBCDDi0L) Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласие касается следующих способов обработки персональных данных: на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при непосредственном участии человека.

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

фамилия, имя, отчество; серия и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдаче документа, выдавшем документ органе; сведения о регистрации по месту жительства, контактный телефон, электронная почта (e-mail).

Своей подписью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г подтверждаю, что указанные мной номер мобильного телефона и адрес электронной почты принадлежат мне.

Персональные данные, указанные в настоящем согласии, предоставляются в целях: обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; заключения между мной и ООО «ВАРДА +» договора на оказание платных медицинских услуг.

Настоящее согласие выдано на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством РФ.

Настоящее согласие может быть отозвано в письменной форме.

Отзыв направляется на адрес электронной почты info@luciano-wellness.ru, либо в письменном виде на юридический адрес ООО «ВАРДА +» (ОГРН 1211600033523, ИНН 1660362792). Отзыв может быть направлен в форме электронного документа и подписан электронной подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия на обработку персональных данных должен содержать:

- номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе;

- сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с ООО «ВАРДА +» (далее – Оператором) (номер договора, дата заключения договора, условное словесное обозначение и (или) иные сведения), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных Оператором;

- подпись субъекта персональных данных или его представителя.

Если в обращении (запросе) субъекта персональных данных не отражены в соответствии с требованиями Закона о персональных данных все необходимые сведения или субъект не обладает правами доступа к запрашиваемой информации, то ему направляется мотивированный отказ.

Право субъекта персональных данных на доступ к его персональным данным может быть ограничено в соответствии с ч. 8 ст. 14 Закона о персональных данных, в том числе если доступ субъекта персональных данных к его персональным данным нарушает права и законные интересы третьих лиц.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, уполномоченные учреждения и должностные лица вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я даю/не даю согласие *(нужное подчеркнуть)* на использование фотоматериалов, сделанных до и после медицинского вмешательства в ООО «ВАРДА +» на аппаратуре, принадлежащей OOO «ВАРДА +», для:

* подтверждения результата медицинского вмешательства;
* для контроля качества медицинской помощи;
* в образовательных, научных или рекламных целях;
* для использования в портфолио врача, находящегося в штате ООО «ВАРДА +», при аккредитации специалиста *(нужное подчеркнуть).*

Я даю/не даю согласие *(нужное подчеркнуть)* на видеозапись (аудиозапись) медицинского приема в целях улучшения контроля качества обслуживания.

Я даю/не даю согласие *(нужное подчеркнуть)* на получение:

* напоминания о предстоящей процедуре;
* информации о новых продуктах и услугах;
* информации об акциях и скидках на товары и услуги *(нужное подчеркнуть)*

 в следующей форме:

* смс-сообщение на номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* телефонный звонок на номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* письмо на электронную почту по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись)*

 *(Ф.И.О.)*

Приложение №3

к договору оказания платных

санаторно-курортных и оздоровительных услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

**Информированное добровольное согласие**

**на осмотр, обследование и лечение в ООО «ВАРДА +»**

г. Ялта «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

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

*(Ф.И.О. гражданина)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места жительства гражданина)*

**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** (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), получения мною первичной медико-санитарной помощи в ООО «ВАРДА +», *а именно опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия, тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; ЛФК,* в **том числе даю информированное добровольное согласие** *на остеопатию, криотерапию, баротерапию, гипокси-гипероксические интервальные тренировки, гидротерапию (подводный массаж, душ Шарко, лечебная ванна), термовоздействие (обертывание, парафанготерапия), физиолечение, электролечение, ингаляции, тренировки в спортивном зале и бассейне, аппаратные техники коррекции тела и процедуры ухода за лицом, на проведение мне в соответствии с назначениями врача диагностических исследований: сомнографию, спектрофотометрию, биоимпедансные исследования, проведение ультразвукового исследования и лечебных мероприятий в виде приема лекарственных препаратов, не включенных в клинические рекомендации, а так же выражаю согласие на курацию и консультации в онлайн-режиме.*

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(должность, Ф.И.О. 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 настоящее информированное согласие, или потребовать его (их) прекращения, 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".

Я уведомлен(а) о том, что платные медицинские услуги будут мне оказаны в объеме стандарта медицинской помощи и/или по моей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я подтверждаю, что мне разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендации медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных пациентом известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания следующим лицам:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *Подпись пациента Ф.И.О*

**Данное согласие действительно в течение 1 года, если не указано иное.**

Необходимость других методов обследования и лечения, не названных в настоящем информированном согласии, будет разъяснена пациенту дополнительно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.202\_\_

 *(Ф.И.О., подпись врача) (дата*

Приложение №4

к договору оказания платных

санаторно-курортных и оздоровительных услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

ФОРМА

Генеральному директору ООО «ВАРДА +»

Яценко Ивану Владимировичу

Юридический адрес: 298690, Россия, Республика Крым, городской округ Ялта, г Ялта, пгт Форос, Форосский спуск, зд. 1д, стр. 1

ИНН/КПП 1660362792 \ 910301001

ОГРН 1211600033523 от 28.04.2021г

info@luciano-wellness.ru

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, направляющего запрос)

Запрос о предоставлении медицинской информации для ознакомления

Прошу Вас предоставить возможность ознакомления со следующей медицинской информацией: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать наименование документации).

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
3. Адрес места жительства (пребывания) пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность (подтверждающего полномочия) законного представителя пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
6. Период оказания пациенту медицинской помощи с \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г. по \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г.
7. Контактный телефон и почтовый адрес для направления письменного ответа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата составления запроса:\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие на отправку медицинской информации (указать наименование):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

по незащищённым каналам связи на следующий электронный адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата составления запроса:\_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г. Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №5

к договору оказания платных

санаторно-курортных и оздоровительных услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

