**УВЕДОМЛЕНИЕ**

ООО «ВАРДА +» (Исполнитель) уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.

С уведомлением ознакомлен(-а):

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

 подпись Ф.И.О. Пациента

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

г.Ялта «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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, 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

Гр. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», 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 Пациенту на платной основе медицинские услуги (далее по тексту — Услуги) в медицинском центре санаторного комплекса «LUCIANO WELLNESS & SPA FOROS», отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и своевременно произвести оплату указанных Услуг в порядке и в сроки, установленные в Договоре.
	2. Период и срок оказания услуг определен Сторонами в Приложении №1 к настоящему Договору. При этом Стороны определили, что срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления препаратов, соблюдение Пациентом графика и методов лечения.
	3. Объем оказываемых по настоящему Договору Услуг определяется желанием Пациента и 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.
	4. Услуги оказываются по адресу: г.о. Ялта, пгт Форос, ул. Форосский спуск, здание 1Д строение 1, помещение 2.
	5. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора ознакомлен: с Положением о порядке и условиях предоставления медицинских услуг ООО «ВАРДА +», перечнем и стоимостью предоставляемых Исполнителем Услуг, со сведениями о наличие у Исполнителя лицензии по видам деятельности, а также уведомлен, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. Своей подписью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ я (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г. подтверждаю, что денежные средства не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
2. **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 Пациенту полную и достоверную информацию о перечне Услуг, предоставляемых Исполнителем.
		4. Предупредить 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.
		7. По требованию Пациента выдать следующие документы:
		* Копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;
		* справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
		* рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью Исполнителя.
	2. Пациент 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, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача, а также указания, предписанные на период после оказания услуг по форме Приложения №5 к настоящему Договору.
		4. Ознакомиться и подписать все необходимые документы об информированном добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических мероприятий, являющихся предметом настоящего Договора.
		5. Соблюдать Правила, установленные Исполнителем.
	3. Исполнитель имеет право:
		1. Оказывать платные медицинские Услуги в полном объеме либо по просьбе 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 медицинских Услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
		4. Отказать в оказании медицинских 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. Отказаться от исполнения настоящего Договора оказания Услуг при условии оплаты Пациентом фактически оказанных Исполнителем Услуг и фактически понесенных расходов Исполнителя, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.
3. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. Стоимость Услуг Исполнителя определяется на основании действующих на дату оказания Услуг тарифов на платные медицинские услуги. Цены на платные медицинские услуги самостоятельно формируются и утверждаются Исполнителем. Цены на платные медицинские услуги доводятся до сведения Пациента путем размещения тарифов на платные медицинские 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 медицинские услуги. Информация об изменении тарифов Исполнителя доводится до сведения 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. Перечень, количество и сумма медицинских Услуг, оказываемых в соответствии с настоящим Договором, указывается в Приложении №1 к настоящему Договору.
	4. Пациент обязуется осуществить оплату платных медицинских услуг Исполнителя до начала их оказания. Пациент может осуществлять оплату Услуг в наличной или безналичной форме в валюте Российской Федерации (рубли).
	5. В случае изменения стоимости тарифов на оказание Услуг после их оплаты Пациентом, 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 Пациентом и является неотъемлемой частью настоящего Договора.
	7. В случае отказа Пациента от получения услуг, согласованных в соответствующем приложении к настоящему Договору, Пациент обязан возместить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
	8. Услуги по Договору могут быть оплачены третьим лицом за Пациента, если обязательство по оплате услуг по Договору возложено Пациентом на указанное третье лицо. В случае оплаты услуг третьим лицом, кассовый чек Пациенту не выдается.
	9. Факт оказания Услуг подтверждается Сторонами подписанным с обеих Сторон Актом оказанных услуг.
4. **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 Пациенту медицинской помощи.
5. **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.**
	1. Исполнитель определяет характер и объём медицинского обслуживания Пациента 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. Пациент, 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 медицинских услуг, содержащимися на официальном сайте Исполнителя [www.luciano-wellness.ru](http://www.luciano-wellness.ru).
	4. Медицинская документация 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 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.
6. **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 Пациента от получения медицинских Услуг, Договор расторгается. После чего Пациент 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 Пациентом Исполнителю денежных средств превысит фактически оказанные Услуги и понесенные Исполнителем расходы, Исполнитель возвращает Пациенту денежные средства за вычетом разницы.
7. **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.
8. **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 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 двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
9. **ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** **ООО «ВАРДА +»** | **Пациент:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | ФИО: дата рождения:место рождения: пол:\_\_\_\_, гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, код подр.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи: кем выдан: зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, расшифровка) |

Приложение №1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_г.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

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

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

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

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

**Акт**

**об оказании медицинских услуг**

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

**Общество с ограниченной ответственностью «ВАРДА +»,** 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), далее именуемое **«Исполнитель»,** в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующей на основании доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** далее именуемая «**Пациент»**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Пациент 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 экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

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

Приложение №2

к Договору на оказание платных медицинских 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 на оказание платных медицинских 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 на оказание платных медицинских 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 на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_.\_\_\_\_.202\_\_ г.



Пациент:

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подпись расшифровка (ФИО)