

**Договор N \_\_\_\_\_**  
**оказания платных медицинских услуг**

г. Краснодар

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью «Центр-СПА», расположенный по адресу город Краснодар, ул. Красная, 120 пом. 248, лицензия на осуществление медицинской деятельности от "06" июня 2023г. ЛН-041-01126-23/00655658 предоставлена ООО «Центр-СПА», именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Побединской Марии Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гр.(ФИО), именуемая(ый) в дальнейшем Заказчик(Пациент) с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги, отвечающие требованиям предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, в соответствие с требованиями действующего законодательства Российской Федерации к качеству медицинских услуг, в соответствие с Перечнем медицинской деятельности, которые вправе осуществлять Исполнитель согласно лицензии, прейскуранту платных услуг, утвержденному Генеральным директором ООО «Центр-СПА»: при осуществлении доврачебной медико-санитарной помощи амбулаторно: по сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, медицинскому массажу; при осуществлении первичной специализированной медико-санитарной помощи амбулаторно: по дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии (далее - медицинские услуги), а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: город Краснодар, Ул. Красная, 120 пом. 248.

1.3. Подписав настоящий договор, Заказчик (Пациент) добровольно согласился на оказание ему Исполнителем медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего договора на платной основе.

1.4. Оказание медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя.

1.4.1 В соответствие со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», до получения услуг, требующих медицинского вмешательства, Заказчик (Пациент) или его законный представитель, на основании полученной в доступной форме полной информации, в том числе размещенной в офисе Исполнителя, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанного с ними рисками, его последствиях, а также предполагаемых результатах дает свое добровольное согласие на медицинское вмешательство либо отказывается от предоставления услуг.

1.5. В медицинской карте Заказчика (Пациента) указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Заказчиком (Пациентом) вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Заказчика (Пациента), лечащего врача (либо иного специалиста), дата внесения записи и номер договор.

1.6. Сроки оказания медицинских услуг, согласовываются сторонами в устной форме по результатам консультирования, одновременно с выбором Заказчика (Пациента) медицинской услуги, Исполнитель формирует медицинскую карту пациента на бумажном носителе, в которой отражаются анамнез, диагноз, предполагаемое количество процедур, периодичность выполнения. Исполнитель устно информирует о предполагаемой длительности процедур, возможных нежелательных эффектах и вариантах возможного исхода и последствий. По итогам консультирования заполняется План эстетических процедур. В ходе предоставления услуг содержание Плана(ов) проведения эстетических процедур может измениться.

1.7. Заказчик также имеет право на получение платных немедицинских услуг бытовых, сервисных услуг, предоставляемых Исполнителем дополнительно при оказании медицинских услуг.

1.8 Услуга считается оказанной и завершенной Исполнителем и подлежит оплате на момент окончания медицинского вмешательства (единовременного или курсового). После этого составляется акт оказанных медицинских услуг.

## 2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Заказчика (*Пациента*) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения, в соответствии со статьей 20 Закона № 23-ФЗ и статья 10 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

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

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

2.1.2. Оказывать Заказчику (*Пациенту*) услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями Министерства Здравоохранения и Социального Развития РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по оказанию медицинской помощи населению по профилю «Сестринское дело», «Сестринское дело в косметологии», «Косметология», «Дерматовенерология».

2.1.3. При возникновении обстоятельств, которые могут привести к осложнениям, нежелательным реакциям поставить в известность Заказчика и принять меры для их устранения и лечения.

2.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Заказчике (*Пациенте*).

2.1.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.1.6 По завершению оказания предоставляемой медицинской услуги (курса) представлять Заказчику (*Пациенту*) письменные Акты об оказании медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.7. В случае возникновения неотложных состояний оказать первую медицинскую помощь и обеспечить вызов скорой медицинской помощи.

2.1.8. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого специалиста или отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с предварительным уведомлением Пациента.

2.1.9. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика (*Пациента*):

а) копию учредительного документа Исполнителя, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

в) копию выписки из ЕГРЮЛ.

2.1.10. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.11 При невозможности выполнения своих обязательств по согласованным срокам, уведомить Заказчика (*Пациента*) по контактными данным в течение 24 часов с момента обнаружения факта невозможности предоставления услуги. По выбору пациента перенести исполнение услуги на более поздний срок.

2.2. Заказчик (*Пациент*) обязуется:

2.2.1. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы.

2.2.2 Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором

2.2.3. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем

2.2.4. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

2.2.5 Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;

2.2.6 Выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.7 В случае невыполнения требований и условий постпроцедурного режима, предписанного на период оказания услуг Заказчик (Пациент) берет полностью ответственность за здоровье, последствия, эффективность и результат поведенных процедур, возникновения осложнений и побочных реакций на себя

2.2.8. В случае сокрытия, неполного, неверного информирования Исполнителя о своем здоровье и индивидуальных реакциях, повлекшие за собой непредвиденную реакцию Заказчик (Пациент) полностью берет ответственность на себя.

2.2.9. Заключая настоящий договор, Заказчик (Пациент) осознает, что любое медицинское вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонение самочувствия от нормы, в том числе болезненные ощущения, чувство дискомфорта, повышение температуры тела, а также определенные моральные переживания по поводу результатов лечения. Кроме того, Заказчик (Пациент) осознает, что перечисленные врачом в информированном согласии на медицинское вмешательство, а также неупомянутые в этом документе возможные осложнения и побочные явления могут повлечь необходимость дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Заказчика (*Пациента*) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (*Пациентом*) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Заказчика (*Пациента*) соблюдения всех рекомендаций медицинского персонала, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Заказчику (*Пациенту*) по настоящему Договору.

2.4. Заказчик (*Пациент*) имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования или претензии к Исполнителю в письменном виде в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика (*Пациента*) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (*Пациента*).

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

### 3. Порядок исполнения Договора

3.1. Условия получения Заказчиком (Пациентом) медицинских услуг амбулаторно.

3.2. Исполнитель по окончании проведения медицинской услуги представляет Заказчику (*Пациенту*) письменные Акты об оказании медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3. Подписываемые Сторонами Акты об оказании медицинских услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику (*Пациенту*).

3.4. Заказчик (*Пациент*) обязуется рассмотреть и подписать Акты об оказании медицинских услуг, представленные Исполнителем сразу после завершения оказания медицинской услуги.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик (*Пациент*) оформляет претензию или требование в письменном виде на имя Генерального директора.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (*Пациента*).

3.6. Без согласия Заказчика (*Пациента*) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Согласие Заказчика (*Пациента*) оформляется по форме Приложение № 1 (согласие на проведение процедуры).

3.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (*Пациент*) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.8. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.9. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

#### 4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги прейскурантом, утвержденные Исполнителем и доведенным до сведения Заказчика (*Пациента*) путем информационной рассылки, размещения информации на сайте, визуального ознакомления на стойке информации по адресу расположения центра.

4.2 Оплата услуг осуществляется Заказчиком (*Пациентом*) в порядке 100% предоплаты до получения услуги, либо 100% оплаты после завершения оказания медицинской услуги.

4.3. Стоимость услуг уплачивается путем перечисления суммы, в соответствии с п4.1 п4.2 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя после каждого этапа оказания услуг. Оплата может производиться подарочным сертификатом. Заказчик может вносить предоплату в согласованном сторонами размере, но не менее 30% от стоимости услуги.

4.4 Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (*кассовый чек, квитанция или иные документы*).

4.5. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.6. Дополнительные услуги оплачиваются на основании Акта об оказании медицинских услуг с момента его оформления Сторонами.

#### 5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (*Пациентом*) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика (*Пациента*).

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик (*Пациент*): вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке

5.2.1 Исполнитель не несет ответственности:

- при невыполнении требований и условий постпроцедурного режима, предписанного на период оказания услуг Заказчику (*Пациенту*)

- при сокрытии, неполном, неверном информировании Исполнителя о своем здоровье и индивидуальных реакциях, аллергических реакциях

-в случае неявки пациента на контрольный осмотр  
-при обращении Заказчика (Пациента) в другое лечебное учреждение, Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата.

5.2.2 Пациент осознает, что медицинские услуги в ряде случаев требуют постоянства и регулярности действий.

5.3 Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 7 рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (*вариант: Потребителя*) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.6. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Заказчику (Пациенту) медицинской помощи.

## 6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## 7. Сроки по Договору

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору начинаются с момента подписания данного договора обеими Сторонами, датой окончания считается дата контрольного осмотра, назначенная врачом после проведенной услуги.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

## 8. Заключительные положения

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего договора являются

8.3.1. Согласие на обработку персональных данных (приложение №1)

8.3.2. План оказания медицинских услуг (Приложение №2)

8.3.3 Акт об оказании медицинских услуг (Приложение №3)

8.3.4 Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №4)

## 9. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель: ООО «Центр-СПА»  
Юр. Адрес: г. Краснодар, ул. Красная,  
д.120 пом. 248  
ОГРН:122230045879  
ИНН:2310229933  
КПП:231001001  
Р/с:40702810800050062755 ООО КБ  
«ГТ банк»  
Кор/сч:30101810303490000789  
БИК:040349789

Заказчик:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные:

дата рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

подразделения \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес email \_\_\_\_\_

Исполнитель:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Генеральный директор (Побединская М.А.)

Заказчик:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись/Ф.И.О.)

План лечения:

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Дата составления: \_\_\_\_\_

ФИО врача: \_\_\_\_\_

№	Наименование медицинской услуги	Код вида услуг	Кол-во	Стоимость услуг	Сумма, руб.	Дата выполнения

ИТОГО: 0000,00 руб

Скидка: 0,00 р.

Общая стоимость оказываемых платных медицинских услуг согласно настоящему Приложению к Договору \_\_\_\_\_ 00000000 \_\_\_\_\_ оказания платных медицинских услуг, согласно действующему Прейскуранту, составляет \_\_\_\_\_ руб.

Подписывая настоящее Приложение, Пациент подтверждает, что ознакомлен с планом предполагаемого лечения (обследования), объемом лечения.

Пациент подтверждает, что получил исчерпывающие и понятные ответы на все свои вопросы и имел достаточно времени на принятие решения о предложенном ему плану лечения.

Исполнитель: ООО «Центр-СПА»

Юр. Адрес: г. Краснодар, ул. Красная,  
д.120 пом. 248  
ОГРН:122230045879  
ИНН:2310229933  
КПП:231001001  
Р/с:40702810800050062755 ООО КБ  
«ГТ банк»  
Кор/сч:30101810303490000789  
БИК:040349789

Заказчик:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

г. Краснодар

00.00.2023г

АКТ

оказанных медицинских услуг

**Общество с ограниченной ответственностью Центр-СПА**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_ ФИО пациента \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик (Потребитель)» с другой стороны, составили настоящий акт (далее-Акт) о нижеследующем:

1. Исполнителем в соответствии с условиями договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ номер договора \_\_\_\_\_ от 00.00.2023года (далее -Договор) были оказаны Заказчику (Потребителю) следующие услуги:

Код вида услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена услуг	Сумма, руб.

Итого к оплате: 0000,0руб

2. Подписывая данный Акт, Заказчик (Потребитель) подтверждает свое согласие с объемом и стоимостью оказанных услуг, а также обязуется оплатить все указанные в Настоящем акте услуги.

Претензий к качеству, объему и срокам оказания услуг Заказчик (Потребитель) не имеет.

Врач (иной медицинский работник):

\_\_\_\_\_/ФИО врача

Заказчик (Потребитель, Законный представитель Потребителя)

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



Общество с ограниченной ответственностью Центр-СПА  
350000, Краснодар, ул.Красная,120 +7(918) 634-80-89

Я, \_\_\_\_\_ ФИО пациента \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на предоставление и обработку ООО «Центр-СПА» (далее Оператор) моих персональных данных: В состав персональных данных, которые Клиент сообщает Оператору, входят:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата рождения;
- место рождения;
- возраст;
- гражданство;
- адрес места проживания;
- паспортные данные;
- номер контактного телефона;
- электронный адрес;
- данные о состоянии здоровья, заболеваниях; оказании медицинских услуг
- контроля их объема и качества при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну.
- договор на оказание услуг.
- копии документов, удостоверяющих личность, а также иных документов, предоставляемых Клиентом и содержащих персональные данные.
- данные по оплатам товаров/услуг, содержащие платежные и иные реквизиты Клиента

Цель обработки персональных данных - осуществление комплекса действий, направленных на достижение цели, в том числе: оказание услуг связи в соответствии с заключенным договором; иные действия, направленные на улучшение качества оказания услуг, не запрещенные законодательством, а также комплекс действий с персональными данными, необходимых для исполнения вышеуказанных действий; в целях исполнения требований законодательства РФ; целях информирования о новых продуктах и услугах, об акциях и скидках на товары и услуги.

Условием прекращения обработки персональных данных является ликвидация Оператора, а также прекращение действия договора с Клиентом, окончание срока хранения первичной медицинской документации в соответствии с законодательством РФ.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные в т. ч. Посредством внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 лет.

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте или иным другим способом. Оператор обязуется прекратить передачу (распространение, предоставление, доступ) персональных данных в течение трех рабочих дней с момента получения требования клиента или после проведения всех взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, не позднее 3-х рабочих дней.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязуется прекратить передачу (распространение, предоставление, доступ) персональных данных в течение трех рабочих дней с момента получения требования или после проведения всех взаиморасчетов по оплате оказанной медицинской помощи, не позднее 3-х рабочих дней.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Общество с ограниченной ответственностью «Центр-СПА»  
350000 Краснодар, ул.Красная,120, тел +7918-634-80-89

Информированное согласие на медицинское вмешательство

на опрос, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза, осмотр, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования (дерматоскопию, фототрихоскопию), кожи и ее придатков (ногти, волосы), лабораторные исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, микроскопию, гистологические, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечное, внутривенное, подкожное, внутрикожное. Общий массаж медицинский. Массаж нижней конечности медицинский. Микротоковое воздействие при заболеваниях кожи и подкожной клетчатки. Фотодинамическая терапия при заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, придатков кожи; Термовоздействие; Ультрафонофорез лекарственных препаратов. Очищение кожи лица и шеи, механическая чистка. Введение искусственных имплантов в мягкие ткани с целью коррекции формы; Внутрикожная контурная пластика; Введение искусственных имплантов в мягкие ткани; Подкожное введение лекарственных препаратов. Накожное применение лекарственных препаратов. Подводный душ-массаж лечебный.

Я, \_\_\_\_\_ г.р., даю информированное, добровольное

согласие на услуги, 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 по сестринскому делу в косметологии, медицинскому массажу, первичной специализированной медико-санитарной помощи по дерматологии, косметологии, утвержденный приказом Министерства Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи и первичной специализированной медико-санитарной помощи в ООО «Центр-СПА», зарегистрированное имя ООО «Центр-СПА» лицензия от 06" июня 2023г. ЛН-041-01126-23/00655658

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медпомощи, связанный с ними риск, возможные варианты медвмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медпомощи. Побочные эффекты обычно связаны с повышенной индивидуальной чувствительностью организма и могут проявляться как во время введения препарата, так и спустя некоторое время, о чем необходимо проинформировать лечащего врача.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств включенных в Перечень или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина или иного законного представителя допускается: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лицам, законным представителем которого я являюсь

\_\_\_\_\_ (ФИО)

Я даю согласие на проведение лечения и обязуюсь соблюдать назначения и рекомендации врача.

\_\_\_\_\_ (ФИО)

Я даю согласие на проведение фотосъемки в целях контроля эффективности процедуры.

Подпись пациента \_\_\_\_\_  
врача \_\_\_\_\_

Подпись