

Общество с ограниченной ответственностью «КЛАЗКО» уведомляет
Потребителя

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

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель _____ / _____ / (расшифровка подписи)
« _____ » _____ 20 ____ г.

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

« _____ » _____ 202 ____ года

Общество с ограниченной ответственностью «КЛАЗКО», в лице Главного врача Арутюнян Нарине Феликсовны, действующего на основании Доверенности №1 от 14.09.2021г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» с одной стороны,

(ФИО полностью)

именуемый(-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, в соответствии с требованиями ст. 426 Гражданского Кодекса РФ. Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона №2300-1 от 07 февраля 1992 года «О защите прав потребителей», а также Постановления Правительства РФ №1006 от 04 октября 2012 года, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «КЛАЗКО»;

1.1.2. Адрес места нахождения: 123242, г. Москва, ул. Малая Грузинская, дом 20/13, стр. 1;

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 123242, г. Москва, ул. Малая Грузинская, дом 20/13, стр. 1;

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица ООО «КЛАЗКО» № 1037700019345

1.1.5. Номер лицензии на осуществление Исполнителем медицинской деятельности, с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Департамент здравоохранения города Москвы; 127006, г. Москва, ул. Оружейный пер., д.43, стр.1; тел.: 8 (495) 777 – 77-77. Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-018524 от 20.01.2021, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы, находящегося по адресу: 123242, г. Москва, ул. Малая Грузинская, дом 20/13, стр. 1; тел.+7 (495) 953 43 43

Согласно Приложению № 1 к лицензии № № ЛО-77-01-018524 от 20.01.2021, медицинская организация осуществляет следующие виды медицинской деятельности – При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; дерматовенерологии; диетологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; пластической хирургии; психотерапии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; урологии; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; клинической лабораторной диагностике; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; пластической хирургии; рентгенологии; сестринскому делу; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; хирургии; челюстно-лицевой хирургии; При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. Срок действия - бессрочно.

Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на информационных стендах медицинской организации по адресу: 123242, г. Москва, ул. Малая Грузинская, дом 20/13, стр. 1, а также на сайтах Исполнителя в информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» (www.klasko.ru).

1.2. Сведения о Потребителе:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, дата рождения, адрес места жительства и телефон **Потребителя**

1.3. Сведения о Заказчике медицинских услуг (если Потребитель не является Заказчиком)

1.3.1. Фамилия, Имя, Отчество (если имеется), адрес, паспортные данные Заказчика / Наименование и адрес места нахождения Заказчика, должность лица, заключающего договор от имени Заказчика (если Заказчик – юридическое лицо), Ф.И.О.:

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. **Исполнитель** обязуется оказать **Потребителю** на возмездной основе медицинские услуги, а **Потребитель** обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания приведены в Перечне оказанных услуг (Приложение №3. далее по тексту - Перечень), являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. **Потребителю** представлена в полном объеме и в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) указаны на сайте www.klasko.ru или предоставляется по запросу **Потребителя**;

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

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

2.4. **Потребитель** подписанием настоящего договора подтверждает предоставление ему информации о расположении ближайших медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, сведений о режиме работы Исполнителя, перечне предоставляемых Исполнителем услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также иной информации, обеспечивающей возможность правильного и осознанного выбора.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления **Потребителя** его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств, о чем свидетельствует подписание **Потребителем** настоящего Договора и Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, Правилами внутреннего распорядка Исполнителя для лиц, обратившихся за медицинской помощью и их представителей и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

Объем и характер медицинской помощи (в том числе количество и сроки проведения этапов оказания медицинской помощи) определяются лечащим врачом, исходя из специфики предоставляемых **Потребителю** медицинских услуг и индивидуальных особенностей **Потребителя**, по данным предварительного осмотра, а также последующих наблюдений лечащего врача за состоянием **Потребителя** по ходу предоставления ему медицинской помощи

3.3. **Потребитель** предоставляет **Исполнителю** всю информацию, касающуюся предмета обращения за медицинской помощью.

3.4. До подписания Договора **Потребитель** в письменной форме информирован 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 потребителя.

3.5. Срок получения услуг согласовывается сторонами в устной форме по результатам назначения врача. Исполнитель формирует медицинскую карту **Потребителя** на бумажном носителе, а также в электронном виде - для учета баз данных пациентов клиники, в которой отражается предполагаемое количество процедур по выбранной услуге и периодичность между

процедурами, **Потребитель** устно информируется о предполагаемой длительности отдельных процедур (комплексов процедур). По итогам консультации и назначений врача к настоящему Договору оформляется Приложение, с указанием наименования и количества услуг, о которых договорились стороны, срок и длительность их предоставления, стоимость и дата оказания услуг. В ходе предоставления услуг содержание Приложения и Перечень оказываемых услуг могут изменяться, о чем **Потребитель** должен быть заранее уведомлен.

3.6. **Исполнитель** обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

3.8. После исполнения Договора **Исполнитель** выдает **Потребителю** медицинские документы (выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.9. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя**.

Потребитель дает **Исполнителю** согласие на обработку необходимых персональных данных **Потребителя**, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения **Исполнителем** обязательств по настоящему Договору (Приложение № 1).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. **Исполнитель имеет право:**

4.1.1. Требовать от **Потребителя** оплаты стоимости медицинских услуг в соответствии с п.4.1.1. настоящего Договора.

4.1.2. Получить необходимую от **Потребителя** информацию, а также документы, необходимые для установления личности **Потребителя**, подписания настоящего Договора.

4.1.3. Определять и рекомендовать **Потребителю** необходимые виды, объем и сроки выполнения консультаций, диагностических исследований, медицинских вмешательств, прием лекарственных препаратов и лечебных процедур, выполнение лечебных, профилактических и иных мероприятий, в том числе, не выполняемых непосредственно **Исполнителем**.

4.1.4. Требовать от **Потребителя** подписания Информированного согласия на медицинское вмешательство любого вида (Приложение № 2), либо письменного отказа от медицинского вмешательства в случае определения необходимости соответствующего вмешательства.

4.1.5. Отказать **Потребителю** в предоставлении услуг в случае нарушения **Потребителем** условий настоящего Договора либо требования **Потребителя** оказать услуги, не предусмотренные действующей в момент подписания настоящего договора Лицензией.

4.1.6. Отказать в предоставлении услуг **Потребителю** в случае, если это угрожает его жизни и здоровью, в случае несоблюдения **Потребителем** предписаний лечащего врача, нарушения Правил внутреннего распорядка **Исполнителя**, отказа **Потребителя** от письменного оформления согласия на медицинские вмешательства (Приложение № 2) и (или) отказа от медицинского вмешательства, действий (бездействий) **Потребителя**, препятствующих выполнению **Исполнителем** обязанностей по настоящему договору.

4.1.7. Сотрудничать с иными медицинскими учреждениями и специалистами по вопросу оказания услуг, определенных предметом настоящего Договора

4.1.8. Неявка **Потребителя** на профилактический, контрольный осмотр, невыполнение рекомендаций лечащего врача является основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе **Исполнителя**. При этом **Исполнитель** заранее уведомляет о расторжении Договора **Потребителя**.

4.2. **Исполнитель обязан:**

4.2.1. На основании проведенной консультации с **Потребителем** и его осмотра определить содержание медицинской услуги и информировать **Потребителя** о результатах осмотра.

4.2.2. Предоставить **Потребителю** полную информацию об услуге (в чем она заключается, что происходит в процессе ее выполнения, какие осложнения и негативные последствия возможны, от чего это зависит, какой результат можно ожидать от оказания услуги).

4.2.3. Оказать медицинские услуги надлежащего качества и соответствующего объема согласно выбранной схеме и соответствующей методике.

4.2.4. Сохранить в тайне информацию о факте обращения **Потребителя** за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

4.2.5. Предоставить специалистов **Исполнителя**, которые будут осуществлять оказание услуг. В случае необходимости (отпуск, командировка, болезнь или тому подобное) произвести временную или постоянную замену специалистов **Исполнителя**, оказывающих **Потребителю** услуги. Уведомления или согласия **Потребителя** на смену специалистов **Исполнителя** не требуется.

4.2.6. Отказать в лечении либо в обследовании на любом этапе:

- при обнаружении противопоказаний, выявленных в ходе обследования и лечения.
- при предоставлении неполных или недостоверных данных о состоянии здоровья **Потребителя**.
- при неоплате оказанных услуг.

4.2.7. Предупредить **Потребителя** в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. **Исполнитель** предоставляет дополнительные услуги только с согласия **Потребителя**. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.3. **Потребитель имеет право:**

4.3.1. На соблюдение в полном объеме прав пациентов, предусмотренных действующим законодательством РФ.

4.3.2. Свободно и по согласованию с врачом выбирать медицинские услуги.

4.3.3. Получить платные медицинские услуги надлежащего качества, объема и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.

4.3.4. Ознакомиться с документами (в уголке потребителя) согласно п. 13,14 Постановления Правительства РФ № 1006 от 04 октября 2012г.

4.3.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

4.3.6. Иные права потребителей, предусмотренные действующим законодательством РФ.

4.4. Потребитель обязан:

4.4.1. Полностью изучить предоставленную информацию о медицинской услуге.

4.4.2. До оказания медицинской услуги сообщить представителю **Исполнителя** достоверную информацию о наличии у него каких-либо заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедур, а также другую информацию, способную повлиять на оказание услуги и ее качество.

4.4.3. Обеспечить явку по назначению врача в указанное время, а при невозможности явки предупредить об этом **Исполнителя**.

4.4.4. Своевременно предоставить **Исполнителю** результаты лабораторных и иных исследований, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору. Срок предоставления документов сообщается **Потребителю** медицинским работником **Исполнителя**.

4.4.5. Пройти все рекомендованные **Исполнителем** процедуры и исследования, необходимые для выявления имеющихся противопоказаний для оказания **Потребителю** медицинской помощи.

4.4.6. Ознакомиться и подписать информированное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №2 к Договору).

4.4.7. Подписать письменный отказ от послеоперационного наблюдения, если невозможность такого наблюдения возникла по желанию или вине **Потребителя**.

4.4.8. Неукоснительно соблюдать все необходимые предписания и назначения лечащего врача и других специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи в течение всего периода действия настоящего Договора, проходить назначенные ему медицинские осмотры, обследования и процедуры в установленные лечащим врачом сроки.

4.4.9. Незамедлительно и любым доступным способом уведомлять врачей **Исполнителя** обо всех случаях ухудшения состояния его здоровья и других обстоятельствах, произошедших в период действия настоящего Договора, способных повлиять на результат оказываемых медицинских услуг.

4.4.10. Оплатить заранее стоимость медицинских услуг по ценам, действующим на дату заключения Договора и указанным в Перечне предоставляемых платных медицинских услуг (Приложение № 3 к Договору).

5. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

5.1. Цена договора определяется на основании действующего у **Исполнителя** на момент проведения конкретной процедуры Прейскуранта. При отсутствии в прейскуранте **Исполнителя** цены на проводимую процедуру в связи с индивидуальной особенностью ее применения в отношении **Потребителя**, цена согласовывается сторонами и подлежит отражению в Приложении № 3 к договору, подписываемом **Потребителем**.

5.2. **Потребитель** обязуется произвести оплату платных медицинских услуг в порядке 100% (сто процентов) предоплаты до получения соответствующей услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**, в том числе с использованием банковских карт.

5.3. В процессе оказания стоимость медицинской услуги может быть изменена в связи с необходимостью проведения дополнительных процедур и иных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении договора. **Исполнитель** обязуется до проведения дополнительных процедур и иных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств получить на данные процедуры или мероприятие согласие **Потребителя**. Данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель не несет ответственности по настоящему договору в случаях:

6.1.1. Появления осложнений, связанных с тем, что **Потребитель** не предоставил полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях и иных обстоятельствах, влияющих на конечный результат предоставления услуги;

6.1.2. Если в связи с предоставлением медицинской услуги для предотвращения возможных осложнений **Потребителю** были назначены дополнительные процедуры, иные рекомендации, включая рекомендации по образу жизни, но **Потребитель** не выполнил назначения;

6.1.3. Если негативные последствия наступили из-за нарушения установленного графика осмотров и проведения процедур, а также иных действий **Потребителя** или третьих лиц, ведущих к нарушению выбранной схемы проведения процедур и методики лечения;

6.1.4. Наступления указанных в рекомендациях выданных лечащим врачом и Информированном добровольном согласии **Потребителя** негативных эффектов, обусловленных индивидуальными особенностями организма;

6.1.5. В случаях возникновения предполагаемых осложнений или не наступлении результата медицинских услуг, возможность возникновения которых была указана и согласована при подписании Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2), **Исполнитель** перед **Потребителем** ответственности не несет.

6.1.6. Вмешательства третьих лиц без согласования с **Исполнителем** по вопросам, связанным с предметом данного договора в период его действия при надлежащем исполнении обязательств **Исполнителем**.

6.2. В остальных случаях Исполнитель несет ответственность в рамках действующего законодательства РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Получение **Потребителем** результата от медицинской услуги возможно только в том случае, если **Потребителем** и **Исполнителем** были соблюдены все существенные условия предоставления медицинской помощи, и только по завершению основного курса лечения. Полученные до завершения основного курса лечения промежуточные результаты, не соответствующие ожидаемым, не могут быть оценены **Потребителем**, как неудовлетворительные результаты.

7.2. В случае оказания платных медицинских услуг, если в ходе основного курса лечения эстетический эффект достигнут, но в силу каких-либо объективных или субъективных причин не удовлетворяет **Потребителя**, он не вправе требовать от **Исполнителя** оказания ему дополнительных услуг по изменению достигнутого эстетического эффекта (в том числе получения обратного эстетического эффекта).

7.3. В случае выявления/возникновения в ходе предоставления медицинских услуг каких-либо обстоятельств, препятствующих достижению желаемого результата и/или создающих угрозу наступления неблагоприятных для здоровья **Потребителя** или иных негативных последствий, лечащий врач уведомляет об этом **Потребителя** (за исключением случаев жизнеугрожающих интраоперационных осложнений) и согласовывает с ним дальнейший порядок и сроки предоставления медицинской помощи.

7.4. **Потребитель** не вправе предъявлять **Исполнителю** претензии относительно тех последствий, о возможности которых он был заранее предупрежден.

7.5. Медицинская услуга, оказанная по настоящему договору, является услугой ненадлежащего качества, если предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо осуществлены не должным образом, либо не должного объема, либо не в должный срок.

7.6. Отсутствие желаемого **Потребителем** результата, если **Исполнитель** при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания услуги оказанной с ненадлежащим качеством.

7.7. В процессе предоставления медицинской услуги возможно проведение дополнительных процедур и иных мероприятий, чего нельзя было предусмотреть сторонами при заключении договора.

7.8. После оказания медицинских услуг **Исполнитель** предоставляет **Потребителю** медицинскую документацию (копию/распечатку электронной документации), отражающую состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7.9. Настоящий договор заключен в двух экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из сторон. Стороны согласны с возможностью использования **Исполнителем** факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования (п.2 ст.160 ГК РФ) как при подписании данного договора, так и других документов, связанных с исполнением данного договора.

7.10. В случае необходимости **Исполнитель** может предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну доверенным лицам Потребителя: _____

(ФИО, телефон)

8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения разногласий между **Исполнителем** и **Потребителем** по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией **Исполнителя**. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются Врачебной комиссией **Исполнителя** с привлечением Экспертов. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2), путем оценки результатов на Врачебной комиссии **Исполнителя** в присутствии **Потребителя**.

8.2. При возникновении разногласий по вопросу качества оказанных услуг до обращения **Потребителя** в суд возможно предъявление письменной претензии **Исполнителю**, в целях досудебного решения спора.

8.3. При невозможности разрешения спора в досудебном порядке, он подлежит урегулированию в суде.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Все приложения, указанные в настоящем договоре, рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

9.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течении 12 календарных месяцев, но, в любом случае, до полного его исполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, если Стороны за 30 календарных дней до истечения срока действия договора не заявят письменного намерения о прекращении договора. Количество пролонгаций не ограничено.

Исполнитель:
ООО «КЛАЗКО»

Потребитель:

Адрес: 123242, г. Москва, ул. Малая Грузинская,
д.20/13, стр.1.

Адрес места жительства:

ИНН 7710267361 КПП 770301001, ОГРН
1037700019345,
р/с 40702810000000001130
в «ТКБ» (ПАО) г. Москва,
к/с 30101810600000000304
БИК 044585304

«____» _____ 2021г.

М.П.

Паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

«____» _____ 20__ г.

Телефон для связи:

Информация получена со слов Потребителя

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Адрес проживания

Номер мобильного
телефона

Адрес электронной почты
(e-mail)

СОГЛАСИЕ:

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление ООО «КЛАЗКО» (ОГРН ОГРН 1037700019345) следующих действий с моими персональными данными (фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные и иная относящаяся ко мне информация): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях их использования лицом, оказывающим услуги, и на осуществление любых иных действий с моими персональными данными в порядке, определенном действующим законодательством. Я даю согласие на обработку данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий. В процессе оказания мне медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским сотрудникам, в интересах моего обследования и лечения.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных. Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес ООО «КЛАЗКО».

Так же, я даю своё согласие на получение от представителей/сотрудников ООО «КЛАЗКО» информации о проходящих акциях, конкурсах, розыгрышах и иных мероприятиях, о снижении/повышении цен на услуги, о любой новостной информации, о результатах оказания услуг, а также любой рекламной информации. Данную информацию я разрешаю направлять мне на указанный адрес электронной почты (e-mail), или указанный номер мобильного телефона (путём отправки sms-сообщения). Я подтверждаю, что являюсь владельцем указанного выше телефонного номера и электронного ящика. Я уведомлен(а) о том, что в любой момент могу отказаться от рассылки путём направления письменного отказа в свободной форме на e-mail: _____. Исключение из списка рассылки будет осуществлено в течение 5(Пяти) рабочих дней с момента получения письменного отказа.

Я безвозмездно предоставляю ООО «КЛАЗКО» полное и исключительное право вне зависимости от времени, территории и способов использования изображения, публиковать в сети Интернет на страницах сайта www.klasko.ru мои фотографии (дата съемки «__» _____ 2021__ г.), на которых я изображен(а), полностью или фрагментарно, в цвете или нет, под моим или вымышленным именем, без ограничений на сопутствующее текстовое и визуальное оформление. Так же, я предоставляю полное и абсолютное право использовать фотографии с моим изображением на выставках, для иллюстраций, рекламы, публичного использования в сферах искусства, для продажи, в торговле, или любого другого коммерческого использования в печатных изданиях и интернете, или любых других целях, не противоречащих действующему законодательству, и передавать эти права третьим лицам. Разрешаю обработку моих фотографий, ретуширование, изменение изображения, применение оптических иллюзий, использованных в композициях, как преднамеренно, так и непреднамеренно в процессе подготовки окончательного варианта фотографии. Я отказываюсь от любых прав, связанных с использованием фотографий с моим изображением, в том числе от права на вознаграждение. Я подтверждаю, что не имею право предъявлять претензии к ООО «КЛАЗКО» из-за использования моих изображений.

Я подтверждаю, что все указанные мною данные верны.

«___» _____ 202__ г.

Ф.И.О., подпись _____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я _____ (фамилия, имя, отчество — полностью) _____ года рождения, 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. №390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО «Клазко» Медицинским работником** _____. 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 даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование, (для женщины), ректальные исследования, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование ЭКГ, спирографию, пневмотахометрию, пикфлоуметрию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, кардиотокографию (для беременных); рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию (для лиц старше 15 лет) и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, ультразвуковые исследования и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрисуставно; медицинский массаж, лечебную физкультуру. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения;
- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;
- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- 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 мною (представляемым) и 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;
- 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 ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Мне разъяснено, что срок госпитализации в Дневной стационар определяется лечащим врачом и может быть изменен в следующих случаях:
 - По решению лечащего врача в случае улучшения/ухудшения состояния моего здоровья.
 - По моей просьбе и при наличии у Исполнителя возможности предоставить мне помещение для госпитализации на более длительный срок, а также целесообразности продления медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья в условиях лечебного учреждения на платной основе.
- Мне разъяснено, что в случае письменного отказа от предложенной Исполнителем госпитализации в Дневной стационар для проведения послеоперационного наблюдения и лечения, означает досрочное прекращение в одностороннем порядке условий действия настоящего Договора и понимание им вероятности возможного неконтролируемого специалистами ООО «Клазко» развития осложнений в течение раннего послеоперационного периода (кровотечения, тромбоэмболия сосудов, гематомы, болевой синдром и т.п.), а также у меня не будет претензий к Исполнителю при развитии негативных последствий вследствие этого решения.
- Я ознакомлен (а) с распорядком работы и правилами обслуживания в **ООО "КЛАЗКО"** и обязуюсь их соблюдать;
- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о диагнозе, степени и характере заболевания выбранным мною лицам, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

"___" _____ 202__ года. Подпись пациента/законного представителя _____

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись) _____

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором

№ п/п	Наименование медицинских услуг	Цена, руб. Без НДС	Кол-во	Сумма, руб. Без НДС
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20	ИТОГО:			
21	в том числе НДС			Без НДС