**УВЕДОМЛЕНИЕ**

ООО «Варикоза нет МСК», на основании постановления Правительства РФ №1006 ст.3п.15 от 04.10.2012 «Правила предоставления медицинскими организациями платных услуг», до заключения договора уведомляет заказчика (пациента или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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.

В соответствии с требованиями ст.79 ФЗ от 21.11.2011 № 323 ООО «Варикоза нет МСК », информирует заказчика (пациента или его законного представителя) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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

Ф.И.О. Подпись Пациента

**Договор об оказании платных медицинских услуг**

г. Москва Митино 17.11.2023

Общество с ограниченной ответственностью «Варикоза нет МСК», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии № Л041-01137-77/00645660 от 30.03.2023 г., в лице Директор Кулагина Наталья Олеговна, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Пациент», являющийся также «Заказчиком» с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинские услуги в объеме и сроки, установленные настоящим Договором, а Пациент обязуется своевременно оплачивать оказанные медицинские услуги ( далее по тексту «Услуги») и соблюдать все рекомендации медицинских работников Исполнителя, направленные на достижение надлежащего качества оказываемых услуг.
   2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в амбулаторно-поликлинических условиях, согласованных с пациентом, в соответствии с перечнем медицинских услуг, согласно лицензии.
   3. Услуги Пациенту оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Пациента при заключении договора.
   4. Предоставление медицинских услуг Пациенту происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием к специалистам Исполнителя. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
   5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
   6. Исполнитель имеет право по поручению Пациента за счет Пациента, привлечь третье лицо для оказания Пациенту медицинских услуг. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Пациенту, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.
   7. Перечень услуг, предоставляемых Пациенту, определяется действующим на дату оказания услуг прейскурантом Исполнителя, находящимся в открытом доступе на информационном стенде и на сайте Исполнителя https://varikozanet.org
   8. При оказании медицинских услуг Исполнитель руководствуется требованиями, предъявляемыми к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, принятыми на территории РФ, законодательством РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами лечения. Исполнитель в праве по просьбе Пациента оказывать консультации или медицинские вмешательства, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
   9. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

1.9.1. ознакомил его с лицензией медицинской организации и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;

1.9.2. ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

1.9.3. ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утверждённым в установленном порядке;

1.9.4. уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, путём предоставления информации в «Уголке потребителя» о том, какие из медицинских услуг Исполнителя входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи (базовый и территориальный варианты), а также о том, что эти услуги Пациент вправе получить бесплатно в установленном действующим законодательством порядке;

1.9.5. ознакомил с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Варикоза нет МСК»

1.9.6. ознакомил с Правилами поведения в ООО «Варикоза нет МСК».

1. **Перечень и стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**
   1. Общий перечень и стоимость оказываемых исполнителем медицинских услуг определена Прейскурантом стоимости услуг ООО «Варикоза нет МСК», действующим на дату оказания медицинской услуги. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом на медицинские услуги и согласен с ним.
   2. Перечень медицинских услуг, оказанных Пациенту в соответствии с настоящим Договором определяется Приложениями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.
   3. Оплата услуг Исполнителя по настоящему Договору осуществляется в порядке 100% предоплаты в день подписания Договора или в день проведения медицинского вмешательства, если иное не согласовано Сторонами или не предусмотрено настоящим Договором.
   4. Медицинская услуга может быть предварительно оплачена полностью или частично. В случае если предоплата, внесенная Пациентом в кассу или на расчетный счет Исполнителя, превысит стоимость фактически оказанных Исполнителем услуг, Исполнитель обязан по письменному указанию Пациента возвратить ему сумму, превышающую стоимость фактически оказанных медицинских услуг, в течение 3 (трех) рабочих дней. Если предоплата была внесена наличными, Пациент обязан самостоятельно в течение 3 (трех) рабочих дней прийти в помещение Исполнителя и получить причитающиеся ему денежные средства. Излишне оплаченные Пациентом суммы, по соглашению сторон могут быть учтены при последующих расчетах.
   5. Если медицинская услуга, оказываемая Пациенту, требует обязательного предоставления Пациенту имущества Исполнителя, в том числе медицинского оборудования, то указанное имущество передается Пациенту по отдельному передаточному акту, подписываемому Сторонами, который подтверждает факт передачи Пациенту соответствующего имущества.
   6. С учётом информации п.1.9.4. настоящего договора Пациент, подписав настоящий договор, добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.
   7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
   8. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, оказанные услуги подлежат оплате в полном объёме.
   9. В случае если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесённые им расходы, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором.
   10. Оплата медицинских услуг производится Пациентом в рублях путем внесения наличных денег в кассу Исполнителя либо путем оплаты банковской платежной картой, либо перечислением средств на расчётный счёт Исполнителя, указанный в настоящем договоре.
   11. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
   12. При наличии у Пациента полиса ДМС оплата медицинских услуг осуществляется страховщиком, выдавшим Пациенту полис и заключившим с Исполнителем соответствующий договор. В этом случае Пациент оплачивает только те медицинские услуги, которые не включены в программу ДМС Пациента.
2. **Права и обязанности Пациента**
   1. **Пациент имеет право:**
      1. на информацию об Исполнителе и самой услуге;
      2. на безопасность услуги;
      3. на соблюдение Исполнителем услуги сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики;
      4. на соблюдение качества оказываемых услуг при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания), а также на отсутствие недостатков оказанных медицинских услуг
      5. на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги;
      6. на отказ от оплаты услуги, не предусмотренной договором;
      7. в любое время отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю суммы фактически понесённых им расходов;
   2. при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг потребитель вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.
   3. Потребитель (пациент) имеет все права, предусмотренные его специальным статусом потребителя медицинских услуг.
   4. **Пациент обязан:** 
      1. заботиться о сохранении своего здоровья;
      2. оказывать содействие надлежащему исполнению договора: исполнять все назначения и требования лечащего врача, специалистов и медицинского персонала, необходимые для осуществления настоящего Договора;
      3. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентомнастоящего Договора, в том числе сообщать медицинскому персоналу до проведения медицинского вмешательства информацию, связанную с состоянием здоровья, перенесенными, наследственными и сопутствующими заболеваниями, аллергическими реакциями, противопоказаниями, для успешного проведения лечебно-диагностического процесса;
      4. производить оплату стоимости медицинских услуг в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.
      5. надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом условий настоящего Договора;
      6. заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или об изменении назначенного ему времени получения соответствующей медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги;
      7. после завершения услуги, для которой Пациенту было передано имущество Исполнителя, передать соответствующее имущество Исполнителю;
      8. выполнять Правила поведения в ООО «Варикоза нет МСК».
3. **Права и обязанности Исполнителя**
   1. **Исполнитель имеет право:**
      1. требовать от Пациента своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг;
      2. требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
      3. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором;
      4. в случае возникновения ситуаций, которые могут привести к невозможности проведения медицинского вмешательства, отменить или перенести по времени медицинское вмешательство, информировав при этом Пациента;
      5. не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место нарушение Пациентом своих обязанностей по договору, которое препятствует его исполнению Исполнителем (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи);
      6. самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказание надлежащей медицинской помощи без согласия Пациента в ситуации, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители, а также в случаях, предусмотренных пп.2-5 ч.9 ст.20 ФЗ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
      7. в любой момент действия Договора по медицинским показаниям изменить способ, методику или тактику лечения Пациента;
      8. при письменном запросе от страховой компании, в которой застрахован Пациент (заказчик), предоставлять ей данные по всем оказанным ему услугах в рамках добровольного медицинского страхования (заключения врачей, результаты исследований, анализов и т.д.);
      9. осуществлять все права, предусмотренные ст.78 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
      10. отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).
   2. **Исполнитель обязан:**
      1. своевременно оказать услуги при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство;
      2. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;
      3. в случае наличия способности Пациента выразить свою волю при отсутствии угрозы для жизни пациента, неотложности медицинского вмешательства немедленно предупредить Пациента и до получения от него указаний приостановить работу при обнаружении:

* непригодности или недоброкачественности предоставленных им в соответствие с договором медикаментов, предметов медицинского назначения и т.д., при выполнении услуги из материалов Пациента;
* возможных неблагоприятных для Пациента последствий выбора им вида и объёма медицинской услуги;
* иных не зависящих от Исполнителя обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги или возможность ее оказания в срок;
  + 1. обеспечить Пациента информацией, включающей сведения об имеющемся у Исполнителя разрешении (лицензии), о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, а также в случае привлечения для оказания медицинских услуг третьих лиц предоставить соответствующую информацию и о привлекаемом третьем лице;
    2. обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по его письменному требованию или письменному требованию его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента;
    3. в соответствии со ст. 736 ГК РФ передавать Пациенту информацию, касающуюся требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения этих требований;
    4. по требованию Пациента выдать «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ» установленной формы, составить смету на предоставление платных медицинских услуг, которая является неотъемлемой частью настоящего договора;
    5. хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Пациента, в тайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных разделом 5 настоящего Договора.

1. **Конфиденциальность отношений сторон**
   1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, его диагнозе и иные сведения, полученные Исполнителем при обследовании Пациента и его лечении в соответствии с законодательством РФ.
   2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Пациента.
   3. Исполнитель осуществляет фото/видеосъёмку в медицинской организации. Целью проведения фото/видеосъёмки является:

* обеспечение и контроль соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья;
* контроль соблюдения применения порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций (протоколов лечения);
* обеспечение и контроль соблюдения требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
* контроль соблюдения медицинскими работниками, руководителем медицинского учреждения, ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
* контроль соблюдения требований к предоставлению платных медицинских услуг;
* обеспечение и контроль иных направлений качества и безопасности медицинской деятельности.
  1. Сведения о гражданах, обратившихся за оказанием медицинской помощи, полученные при фото/видеосъёмке, осуществляемой медицинским учреждением, составляют врачебную тайну, соблюдение которой обеспечивается в соответствии с требованиями действующего законодательства.
  2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, предусмотренных ст.13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

1. **Ответственность Сторон**
   1. За нарушение условий настоящего Договора Пациент и Исполнитель несут ответственность на условиях и в порядке, установленных действующим законодательством.
   2. Стороны могут предъявить взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течении всего срока действия Договора. До обращения в суд обязательно соблюдение претензионного порядка. Претензия рассматривается в течение 10 рабочих дней с момента ее получения.
   3. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретённых Пациентом самостоятельно.
   4. В случае повреждения имущества, предоставленного Исполнителем Пациенту в соответствии с пунктом 2.5. настоящего Договора, если данное имущество подлежит ремонту, Пациент обязан оплатить стоимость ремонта соответствующего имущества в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента выставления ему претензии об оплате расходов, понесенных Исполнителем при ремонте имущества.
   5. В случае утраты Пациентом имущества Исполнителя или если данное имущество не подлежит ремонту вследствие его повреждения, Исполнитель направляет претензию в адрес Пациента об оплате ему фактической стоимости имущества. В случае если Пациент не удовлетворит требования, изложенные Исполнителем в соответствующей претензии, в течение 10 (десяти) рабочих дней, Исполнитель вправе требовать от Пациента возмещения причиненных ему убытков в судебном порядке или урегулировать данный спор иным законным способом.
   6. Исполнитель не несет ответственности в случае:
      1. выявления у Пациента заболеваний, ранее известных Пациенту, но не указанных им и/или его представителем, в результате не учтенных медицинским специалистом Исполнителя при назначении лечения и других медицинских вмешательств;
      2. нарушения Пациентом режима лечения и невыполнения обязательных мероприятий, предписанных специалистом Исполнителя, в том числе графика посещения специалистов;
      3. возникновения у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о которых Пациентом не было заявлено и которые не могли быть выявлены в результате мероприятий по диагностике и исследованиям заболеваний;
      4. в случае выявления или возникновения в период лечения или по его окончании изменений состояния организма, которые не связаны с оказанием услуг по настоящему договору;
      5. в случае прекращения лечения по инициативе Пациента.
   7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, а именно: стихийных бедствий, эпидемий, взрывов, пожаров и иных чрезвычайных обстоятельств, наступление которых Сторона, не исполнившая обязательство полностью или частично, не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными методами.
   8. При наступлении указанных в п.6.7. обстоятельств, сторона, по настоящему Договору, должна в кратчайший срок известить другую сторону с приложением соответствующих свидетельств.
   9. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, предусмотренных пунктом 6.7. настоящего Договора, сроки исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору увеличиваются на срок существования соответствующих обстоятельств.
2. **Дополнительные условия**
   1. Подписанием настоящего Договора Пациент дает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных Пациента, полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора. Пациент выражает согласие на передачу его персональных данных и сведений о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях, следующим лицам: 1) работникам Исполнителя, субисполнителям по настоящему договору, а также иным лицам - в целях надлежащего исполнения настоящего договора Исполнителем; 2)врачам и представителям страховой организации (в случае лечения Пациента за счет страховой организации).
   2. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с Правилами Предоставления медицинскими организациями медицинских услуг, информацией, касающейся представления платных медицинских услуг, в том числе Прейскурантом на медицинские услуги, лицензиями Исполнителя.
   3. В силу существующей публичной обязанности, предусмотренной пунктом 2 статьи 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», текущий прием врача может быть прерван либо перенесен по причине обращения к Исполнителю гражданина с заболеваниями или состояниями, потенциально представляющими угрозу для его жизни.
   4. Пациент информирован о том, что медицинская услуга по своему содержанию предполагает вмешательство в биологические процессы, не подконтрольные в 100% случаев воле человека, Исполнитель при надлежащем выполнении условий настоящего договора и правильном использовании достижений современной медицинской науки по объективным причинам не может гарантировать Пациенту достижение положительного результата оказания услуги, о чем последний предупреждается путем внесения в договор данного пункта.
3. **Заключительные положения**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует 1 год. Если ни одна из сторон не уведомит письменно другую сторону о расторжении договора за 1 месяц до его истечения, то договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок.
   2. Исполнителем после исполнения договора выдаются Пациенту медицинские документы, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
   3. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи в Договоре и на документах. При этом данная подпись будет иметь такую же силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица.
   4. Любая договорённость между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений (приложений) к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон по правилам гражданского законодательства РФ.
   5. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке в письменной форме. В этом случае:
      1. В течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель предоставляет Пациенту счет, в котором указывается сумма, выплаченная Пациентом, и стоимость фактически оказанных Исполнителем Пациенту медицинских услуг. Пациент в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения счета от Исполнителя обязан оплатить Исполнителю уже произведенные Исполнителем, но не оплаченные Пациентом услуги.
      2. Уплаченные Пациентом денежные средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителем Пациенту услуг, подлежат возврату Пациенту в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.
   6. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.
   7. Стороны договорились о претензионном характере разрешения споров, приняв на себя дополнительное обязательство проходить стадию досудебного урегулирования спора и обращаться за судебной защитой при полном или частичном не достижении заявленных в претензии требований. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством РФ.
   8. Стороны договорились о том, что при возникновении между Исполнителем и Пациентом спора по поводу недостатков оказанной услуги по требованию любой из Сторон может быть назначена комплексная экспертиза (аналитическая оценка качества оказанной медицинской помощи в рамках предоставленной услуги), в том числе с привлечением независимых специалистов.
   9. Расходы на экспертизу несет Исполнитель за исключением случаев, когда экспертизой установлено отсутствие нарушений учреждением условий договора или причинной связи между действиями Исполнителя и обнаруженными недостатками. В указанных случаях расходы на экспертизу несет сторона, потребовавшая назначения экспертизы, а если она назначена по соглашению между сторонами - обе стороны поровну.
   10. В случае изменения у какой-либо из Сторон местонахождения, названия, банковских реквизитов и прочего она обязана в течение 10 (десяти) дней письменно известить об этом другую Сторону.
   11. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.
   12. Во всем ином, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.
4. **Адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |
| --- |
| **Исполнитель: ООО** «Варикоза нет МСК» |
|  |
|  |
| **Пациент (Заказчик) Ф.И.О.:** **Гамзаева Рагимат Магомедсаидовна** |
|  |

1. **Подписи сторон**

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

подтверждаю своей подписью, что прочитал вышеизложенную информацию, она мне понятна, и выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе, в объеме и сроки, установленные настоящим Договором. Я подтверждаю, что ознакомлен с Прейскурантом, правилами поведения в ООО «Варикоза нет МСК» и положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Варикоза нет МСК»

Исполнитель : Директор ООО «Варикоза нет МСК» Подпись Пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кулагина Н. О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ˅

*(подпись пациента)*

даю информированное добровольное согласие на весь срок оказания мне медицинской помощи на следующие виды медицинских вмешательств:

***Диагностические:*** опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (истории) заболевания и анамнеза (истории) жизни;осмотр, включая пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрию (измерение веса, роста, окружности головы, груди, талии), термометрию (измерение температуры тела), тонометрию (измерение артериального давления), ультразвуковые, допплерографические и функциональные методы исследования (в т.ч. электрокардиография); лабораторные методы исследования (в том числе клинические, биохимические, иммунологические, микробиологические (бактериологические, микологические), вирусологические), с проведением забора необходимого биоматериала, крови из пальца, крови из вены, мочи, кала.

***Лечебные и лечебно-диагностические:*** введение лекарственных препаратов по назначению лечащего врача (в т.ч. ингаляционно, подкожно, внутрикожно, внутримышечно, внутривенно струйно и/или капельно, интраназально, в ухо, в глотку, в гортань, интравагинально, интраректально);

консультация с применением телемедицинских технологий; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья,

для получения первичной медико-санитарной помощи.

2. Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 вероятности развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

3. Я информирован работниками Исполнителя об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы Исполнителя, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.

4.Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого иного медицинского работника из персонала Исполнителя, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

5. Я информирован о возможном использовании врачами информации о моём здоровье для научных и образовательных целей при условии анонимности.

6. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

7.Я информирован, о необходимости сообщить обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я информирован об ответственности за предоставление данной информации в неполном или искажённом виде.

8. Я информирован о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9.Я информирован о важности выполнения рекомендаций медицинских работников в отношении подготовки к медицинским вмешательствам для достижения ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, а также то, что их нарушение может привести к снижению достоверности диагностики и к снижению результата лечения.

10.Я информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

11. Я информирован, что перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона №323-ФЗ. Я информирован о порядке оформления письменного отказа от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.

12. Я даю разрешение на предоставление информации о результатах обследования на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес электронной почты), на рассылку напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты. Я информирован о возможности отказа от рассылки напоминаний о предстоящих визитах, акциях и новостях с использованием СМС и речевых оповещений и/или с использованием моей электронной почты и его оформления.

Мне известно, что при передаче информации через телефонную связь, с использованием электронной почты существуют следующие риски:

* Разглашение информации третьими лицами при: доступе к телефонной связи и электронной почте неуполномоченных лиц, доступе третьих лиц при передаче информации, компьютерных атаках злоумышленников на сервера и каналы связи, используемые при передаче информации, любом другом неуполномоченном доступе при передаче информации по каналам связи.
* Использование третьими лицами информации, к которой они получили доступ.
* Задержка (неполучение) результатов исследований по причине неисправности систем связи, действия (бездействия) провайдеров или форс-мажорных обстоятельствах.

13. Я информирован, что используемые технологии лабораторных исследований не могут полностью исключить вероятность

возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам лабораторной диагностики, разрешённых на территории РФ, Исполнитель не несёт ответственности за их возникновение.

14. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество(при наличии) медицинского работника

17.11.2023 г.

(дата оформления)