

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____, «___» _____ года рождения, (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»

настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов 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 (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(сна) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Я ознакомлен(а), что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в медицинских организациях.

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г. до подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом медицинской организации ООО «Лазер Клиник», действующим на дату заключения договора; уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись)

(ФИО Пациента/законного представителя)

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. _____

«___» _____ 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Юг», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Суцепиной Ольги Геннадьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1230800006843), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

Заказчик (лицо, приобретающее услугу для пациента)	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Пациент (Потребитель)	Паспортные данные \Свидетельство о рождении Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Законный представитель (заполняется для не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»))	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

1. Заказчик (лицо Пациент) поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Пациенту с его добровольного согласия на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги) в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг в объеме и на условиях, оговоренных в настоящем договоре, и выполнять требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг

2. Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица за основным государственным регистрационным номером (ОГРН 1230800006843), поставлен на учет в налоговом органе в соответствии с Налоговым кодексом РФ в Управление ФНС России по Республике Калмыкия, а также на основании действующей лицензии № Л041-01126-23/01535816 от 19.11.2024 г., срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края по адресу: (ул. Коммунаров, 276/1, Центральный внутригородской округ, микрорайон Центральный, Краснодар (этаж 1, 5, 7), тел. +7 (861) 206-04-73) на осуществление медицинской деятельности и разрешающей выполнение следующих работ и услуг по следующим адресам: 350063, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Кубанская Набережная, д.130, 2 этаж, литер над/ Б1, над Б.

3. Перечень работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях : косметология, дерматовенерология.**

4. Перечень и объем платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с настоящим договором, согласовываются в Приложениях, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

5. Сроки ожидания начала предоставления медицинских услуг, а также сроки непосредственного предоставления медицинских услуг определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ, графика работы Исполнителя и медицинских работников.

6. Правила оказания платных медицинских услуг, Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО «Лазер Клиник Юг» (далее – Правила), утвержденные Исполнителем являются неотъемлемой частью настоящего Договора и содержат обязательные для Сторон условия в редакции, действующей на момент оказания услуг. Изменения в Правила вносятся Исполнителем в одностороннем порядке. Действующая редакция Правил размещается на стойках регистратуры Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: <https://lasclinic.ru>

7. Заказчик (Пациент) оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому Исполнителем, Ознакомление с Прейскурантом возможно непосредственно по адресу предоставления услуг Исполнителя, а также на интернет-сайте Исполнителя по адресу <https://lasclinic.ru>. Прейскурант является неотъемлемой частью Договора.

8. Расчёты за предоставленные медицинские услуги проводятся Заказчиком (Пациентом) в полном объёме после их предоставления в срок, не позднее дня получения услуги либо с согласия Заказчика (Пациента) при заключении договора в полном размере или путем оплаты аванса. Исполнитель по факту оказания медицинских услуг, не позднее дня оказания услуг, предоставляет Заказчику (Пациенту) Дополнительное соглашение, содержащее общую сумму оказанных медицинских услуг на дату обращения. Стороны согласовали, что дополнительное соглашение является одновременно актом приема-передачи оказанных услуг.

9. Оплата услуг осуществляется Заказчиком (Пациентом) в рублях путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя любым доступным способом либо внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

10. Заказчику (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)).

11. Если в процессе оказания услуг выявилась необходимость выполнения дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Пациента на основании заключенной сторонами Дополнительного соглашения к Договору. Оплата дополнительных медицинских услуг осуществляется в порядке, предусмотренном п. 8 настоящего договора.

12. Пациент соглашается с тем, что платные медицинские услуги могут предоставляться ему в полном объёме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных медицинских вмешательств, а также в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи.

13. Общая сумма договора определяется исходя из фактического объема оказанных услуг.

14. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие

/ /

г. _____

« ____ » _____ 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Юг», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Суцединой Ольги Геннадьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1230800006843), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

Заказчик (лицо, приобретающее услугу для пациента)	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Пациент (Потребитель)	Паспортные данные \Свидетельство о рождении Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Законный представитель (заполняется для не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»))	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение, о нижеследующем:

№п/п	Наименование услуг	Цена услуги (руб.)	Кол-во услуг	Сумма	Дата
1.					
2.					
Общая сумма _____					

Дополнительное соглашение может быть дополнено и изменено по согласованию с Пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями Дополнительного соглашения по медицинским показаниям лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.
Стороны согласовали признать настоящее дополнительное соглашение имеет такую же юридическую силу, как и акт оказанных услуг, подтверждающий выполнение обязательств по настоящему соглашению. При этом отдельный Акт выполненных услуг в отношении услуг, указанных в данном Дополнительном соглашении, Сторонами не оформляется.

С дополнительным соглашением
ознакомлен(а) и согласен/(на): _____ / _____
(подпись) (ФИО Пациента/Заказчика)

Исполнитель: _____ Дата: _____
(подпись)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
(общее)**

Я, _____,
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения / Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие ООО «Лазер Клиник Юг» на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Лазер КлиникЮг»

Медицинским работником _____
(ФИО)

_____ (должность медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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 (ненужное зачеркнуть) в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

_____ Дата оформления

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, _____,
дата рождения _____ г., документ, подтверждающий личность: _____, серия _____ № _____,
_____ выдан _____ г., _____ зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):

являясь законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного лица _____
(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Юг» (ОГРН 1230800006843, ИНН 0800012439 (далее - «Исполнитель»), моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность); данные свидетельства о рождении; рост, вес; фото- видеозапись; файлы «Cookie» посетителей сайта, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, результатах анализов; анамнезе; случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Я представляю Оператору согласие осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона о дате и времени записи на прием к врачу, одноразового пароля для входа в Личный кабинет и иных сообщений организационно информационного характера. Срок обработки персональных данных ограничивается достижением заявленной цели.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской услуги.

☐ Настоящим даю согласие (отметить галочкой либо крестиком) в соответствии с п. 1 статьи 18 ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона в целях поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, в том числе с использованием мессенджеров. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отозвать данное согласие на основании личного письменного заявления.

« _____ » _____ 202__ г. / _____ /

(подпись)

(ФИО пациента/законного представителя)