

**Договор № 8323316**  
**На оказание платных медицинских услуг**

г. Новороссийск

28.02.2023

ООО «Аллергоцентр» именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ю. Л. Шестакова, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель Пациент П.

(ФИО, дата рождения)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг, «Заказчик» поручает, а исполнитель обязуется оказать платную медицинскую услугу:

### 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ:

2.1 Стоимость услуги согласно прейскуранту составляет: 0,00 руб.

2.2 Оплата «Заказчиком» производится наличным платежом в кассу.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН:

3.1 «Исполнитель» обязан:

- оказать «Заказчику» качественную медицинскую услугу в установленный срок;
- заблаговременно предоставить «Заказчику» доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- незамедлительно информировать «Заказчика» об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы;
- выдать «Заказчику» кассовый чек, подтверждающий приём наличных денег.

3.2 «Исполнитель» имеет право:

- в случае возникновения неотложных ситуаций, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе, и не предусмотренной договором.

3.3 «Заказчик» обязан:

- своевременно оплатить стоимость услуги;
- сообщить «Исполнителю» сведения, необходимые для качественного исполнения услуги ( реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр. );
- точно соблюдать правила и условия получения медицинской услуги, рекомендованной «Исполнителем».

3.4 «Заказчик» имеет право:

- на предоставление ему «Исполнителем» полной, доступной для понимания, своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактических затрат.

### 4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ:

4.1 «Исполнитель» имеет лицензию № ЛО 23-01-009029 от 11.08.2015г. Департамента здравоохранения Краснодарского края.

4.2 Перед оказанием медицинской услуги врач обследует «Заказчика» и устанавливает отсутствие противопоказаний.

4.3 Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование.

4.4 Продолжительность услуги: \_\_\_\_\_ часов (дней).

4.5 «Заказчик» информирован:

4.5.1 О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

В случае возникновения осложнений «Исполнитель» предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

4.6 О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

5.1 В случае ненадлежащего оказания услуги «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:

5.1.1 Безвозмездного устранения недостатков услуги.

5.2 «Исполнитель» освобождается от ответственности за неудовлетворительный исход или осложнения, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, грубой неосторожности или умысла «Заказчика».

### 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ:

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

6.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон, оформлены в письменной форме в виде дополнений.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям предусмотренным законодательством.

### 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ:

7.1. Споры и разногласия решаются путём переговоров, привлечения экспертов, устраивающих обе стороны, а также в судебном порядке.

### РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО АллергоЦентр  
Адрес юридический: г Новороссийск, ул Алексева, 22  
Адрес фактический (клиника):  
ИНН 2315997008 КПП 231532002  
р/с 40702810809740000044 в Филиал "Ростовский" АО "ОТП Банк"  
г. Гуково  
К/с 30101810660140000327  
БИК 046014327

Генеральный директор

Шестакова Юлия Леонидовна

М.П.

Пациент П.  
\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

Адрес

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

Паспорт

\_\_\_\_\_  
(серия, №, дата и место выдачи, код подразделения)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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**

Я, Пациент П. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

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 2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082)(далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Аллергоцентр».

Медицинским работником \_\_\_\_\_

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним 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, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011г., №48, ст.6724, 2012г., №26, ст.3442, 3446).

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 состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

Подпись гражданина \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

Дата 28.02.2023

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с учетом особенностей оказания медицинской услуги».

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я, Пациент П.

(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

паспортные данные: \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе выражаю свое согласие на обработку сотрудниками ООО «Аллергоцентр» своих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес, информацию о состоянии моего здоровья

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых правомерных действий в отношении моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Настоящее согласие дано мной 1 августа 2016 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое 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.

Мне известно, что в случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить обработку персональных данных и уничтожить их.

Подпись гражданина \_\_\_\_\_

Дата 28.02.2023