

До заключения договора ООО «Скин Лаб» уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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.

Заказчик: (подпись) \_\_\_\_\_/(ФИО) \_\_\_\_\_/

## Договор \_\_\_\_\_ оказания платных медицинских услуг

г.Барнаул " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Скин Лаб», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и (ФИО) \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель осуществляет проведение медицинских услуг, согласно приложению 1 к договору.
- 1.2. Медицинские услуги по настоящему договору предоставляются в соответствии с лицензией и по адресу места осуществления медицинской деятельности, указанному в реквизитах Исполнителя.
- 1.3. Медицинские услуги предоставляются при условии получения информированного добровольного согласия Заказчика на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2001 г. № 323-ФЗ.
- 1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
- 1.5. В медицинской карте Заказчика от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_ указываются все его пожелания, жалобы, предложенные варианты лечения и выбранный Заказчиком вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Заказчика, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

### 2. Права и обязанности Сторон

- 2.1. Исполнитель обязуется:
  - 2.1.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
  - 2.1.2. Оказывать Заказчику услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.
    - 2.1.2.1. Составить смету на медицинские услуги по требованию Заказчика.
    - 2.1.3. Не разглашать информацию, являющуюся врачебной тайной.
- 2.2. Заказчик обязуется:
  - 2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
  - 2.2.2. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; соблюдать правила поведения Заказчиков в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3. Исполнитель имеет право:
  - 2.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления, либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимых сведений.
  - 2.3.2. Требовать от Заказчика соблюдения правил Положения об оказании платных медицинских услуг в ООО «Скин Лаб»
  - 2.3.3. Получать оплату за оказание услуг по настоящему Договору.
  - 2.3.4. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для диагностики состояния и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.
- 2.4. Заказчик имеет право:
  - 2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.
  - 2.4.2. Предъявлять требования о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни.
- 2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.



2.6. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Заказчика.

2.7. В случае возникновения спорных вопросов, в результате не выполнения условий Договора, споры между Заказчиком и Исполнителем разрешаются по договоренности Сторон. Если споры не смогли быть решены в административном порядке, то они решаются в соответствии с законодательством о защите прав потребителей и Гражданским кодексом РФ.

### 3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Заказчик оплачивает стоимость фактически оказанных ему услуг при каждом посещении в соответствии с прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

Оплата услуг производится Заказчиком в кассу или на расчетный счет Исполнителя до начала оказания медицинских услуг.

3.1.1. По факту предоставления услуг Заказчик при каждом посещении подписывает Акт сдачи-приемки услуг (далее – Акт). В случае не подписания Заказчиком Акта в течение двух рабочих дней и при отсутствии от Заказчика письменного заявления (претензии) о причинах отказа, Акт считается подписанным автоматически и претензии у Заказчика отсутствуют.

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

3.3. В случае если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.4. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику деньги и выплачивает компенсацию в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предъявления требования Заказчиком.

### 4. Лицензия Исполнителя

4.1. Лицензия № ЛО-22-01-005497 от 18.10.2019 г. серия ЛО № 22 010319 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края.

4.2. Перечень работ (услуг), которые вправе осуществлять Исполнитель при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по генетике, дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью.

### 5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Заказчика, второй у Исполнителя.

5.2. Договор вступает в силу со дня подписания.

5.3. Настоящий договор заключен на 1 (один) год и считается пролонгированным, в случае если ни одна из Сторон не менее чем за 1 месяц до истечения срока договора не заявит о его расторжении. Число пролонгаций не ограничено.

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

### 6. Адреса и реквизиты Сторон

**Исполнитель**  
ООО «Скин Лаб»

ИНН 2222871764/222201001

ОГРН 1182225037114 (Лист записи ЕГРЮЛ от 02.11.2018 г. выдан Межрайонной инспекцией ФНС № 15 по Алтайскому краю)

Адрес нахождения и места осуществления медицинской деятельности: г. Барнаул, ул. Малахова, д.134а, корпус 2

**Заказчик:**

ФИО

(полностью) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_

Паспортные данные

Серия, номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проживающий по адресу:

Тел.:

С условиями договора ознакомлен.

Согласие на обработку персональных данных подтверждаю.

**Исполнитель:**

**Подписи Сторон**

**Заказчик:**

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)







## Общество с ограниченной ответственностью «Скин Лаб»

Адрес места нахождения: г. Барнаул, ул. Малахова 134а, к2; Место осуществления медицинской деятельности: г. Барнаул, ул. Малахова 134а, к2; ОГРН 1182225037114, ИНН/КПП 2222871764/ 222201001 (Лист записи ЕГРЮЛ от 02.11.2018 г. выдан Межрайонной инспекцией ФНС № 15 по Алтайскому краю). Лицензия № ЛО-22-01-005497 от 18.10.2019 г. серия ЛО № 22 010319 выдана Министерством здравоохранения Алтайского края

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

дата рождения: \_\_\_\_\_, номер телефона \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие ООО «Скин Лаб» на обработку вышеуказанных моих персональных данных и на их использование исключительно в целях формирования базы данных клиники, а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я проинформирован, что ООО «Скин Лаб» гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации и может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что подписывая это согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021 г.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Расшифровка подписи

Форма

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

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),

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 первично медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Скин Лаб»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. 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, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)