**ДОГОВОР № ${NomerDog}**

на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург **«${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog} г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Инфинити» (факт внесения сведений в ЕГРЮЛ подтверждается свидетельством о государственной регистрации юридического лица от 22.05.2018, выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу), действующее в соответствии с медицинской лицензией № ЛО-78-01-011273 от 18 ноября 2020 года, выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербург, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и **${fioPokupatelya},** действующий (ая) по своей воле и в своих интересах, именуемый (ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. По настоящему договору **Пациент** приобретает у **Исполнителя** и обязуется полностью оплатить **Абонемент** на комплексное оказание платных медицинских услуг (**Приложение №2)**, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора), а **Исполнитель** оказывает **Пациенту**  медицинские услуги по своему профилю деятельности на платной основе (далее по тексту **Услуги**), в соответствии с приобретенным **Абонементом**, согласно утвержденному в установленном порядке прейскуранту цен (тарифов) на эти **Услуги** (далее по тексту **Прейскурант**).

1.2. Предоставление и оказание **Услуг** по настоящему договору осуществляется только при наличии информированного добровольного согласия **Пациента (Приложение №1** к настоящему договору), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.3. **Пациент** подтверждает, что на момент подписания настоящего договора **Исполнитель**:

1.3.1. ознакомил его с «Правилами предоставления платных медицинских услуг» **Исполнителем**.

1.3.2. ознакомил его с действующим у **Исполнителя** **Прейскурантом** на **Услуги**.

1.3.3. предоставил всю необходимую информацию об **Исполнителе**, оказываемых им **Услугах**, квалификации его сотрудников (медицинских работников, оказывающих **Услуги**), предусмотренную требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей» в установленном этим Законом объёме.

1.3.4. уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего **Услугу**), в том числе назначенного режима прохождения процедур (медицинских услуг), могут снизить качество предоставляемой **Услуги**, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **Пациента**.

1.4. **Услуг**и предоставляются и оказываются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

1.5. **Исполнитель** действует на основании медицинской лицензии № ЛО-78-01-011273 от 18 ноября 2020 года. Лицензия выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, расположенного по адресу город Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, дом 1, контактный телефон +7 812 310 ‑58-14.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Предоставление **Услуг** по **Абонементу** происходит исключительно в порядке предварительной записи **Пациента** на прием. Предварительная запись **Пациента** на прием осуществляется либо оператором сервисного центра **Исполнителя**, в соответствии с графиком проведения процедур, посредством телефонной связи по контактному номеру, предоставленному **Пациентом,** либо **Пациентом**, посредством телефонной связи по контактному номеру **Исполнителя**: 8-960-247-26-47

2.2. **Исполнитель** (медицинский работник, оказывающий **Услуги**) осуществляет приём **Пациента** каждый раз, в обязательном порядке, проставляя отметку об оказанной **Услуге** в медицинской карте **Пациента**. После оказания каждой из **Услуг**, **Пациент** собственноручно проставляет подпись в своей медицинской карте, что свидетельствует об оказании данной **Услуги** **Исполнителем**.

2.3. **Услуга**, оказанная по настоящему договору, является услугой ненадлежащего качества, если предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо они осуществлены не должным образом, либо не в должном объеме, либо не в должный срок.

2.4. Отсутствие желаемого **Пациентом** результата, если **Исполнитель** при той степени внимательности и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, в должном объеме и в должный срок, не является основанием для признания оказанной **Услуги** услугой ненадлежащего качества.

2.5. По личному письменному заявлению **Пациента** **Исполнитель** может приостановить действие **Абонемента** на срок не более 3 (трёх) месяцев, и не более 2 (двух) раз в рамках действия настоящего договора. В заявлении **Пациент** в обязательном порядке указывает причину необходимости подобного приостановления.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Исполнитель** обязуется:

3.1.1. Оказать **Пациенту** **Услуги** в соответствии с **Абонементом** (**Приложение № 2**, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

3.1.2. Оказать данные **Услуги** качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором, после внесения **Пациентом** денежных средств в порядке, определенном разделом 4 настоящего договора.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания **Услуг** по настоящему договору.

3.1.4. Предоставить **Пациенту** всю необходимую информацию об **Исполнителе**, оказываемых им **Услугах**, в том числе об их продолжительности, квалификации медицинского персонала, используемых средствах и препаратах, в соответствии с пунктом 1.4. настоящего договора.

3.1.5. Обеспечить полную конфиденциальность всей информации, касающейся личности **Пациента**, состояния его здоровья и условий настоящего договора.

3.2. **Исполнитель** имеет право:

3.2.1. Запрашивать у **Пациента** необходимую информацию (сведения), имеющую отношение и/или влияющую на процесс оказания **Услуг**, а также на их качество.

3.2.2. По согласованию с **Пациентом**, предложить изменить перечень **Услуг**, входящих в **Абонемент**, в случае, если это необходимо. Необходимость таких изменений в рамках настоящего договора, определяется **Исполнителем** (медицинским работником, оказывающим **Услуги**), исходя из фактов, касающихся жизни и здоровья **Пациента**.

3.2.3. Прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке, при невыполнении и/или ненадлежащем выполнении **Пациентом** своих обязательств по настоящему Договору.

3.2.4. **Исполнитель** вправе привлекать для оказания платных медицинских услуг третьих лиц (медицинские и аптечные организации, лаборатории, экспертные учреждения, специалистов и пр.), имеющих соответствующие лицензии и/или разрешения. В случае отсутствия у **Исполнителя** права оказывать отдельные платные медицинские услуги собственными силами (данные виды деятельности не поименованы в лицензии **Исполнителя**, но при этом для их осуществления необходима лицензия или иное специальное разрешение), **Исполнитель** обязуется действовать в качестве агента по поручению **Пациента**, и от своего имени, но за счет **Пациента**, организовать получение **Пациентом** этих услуг у третьих лиц. Способы фактической организации привлечения третьих лиц к оказанию платных медицинских услуг и способы юридического оформления отношений с ними определяются **Исполнителем** самостоятельно и не требуют согласования с **Пациентом**.

3.3. **Пациент** обязуется:

3.3.1. Оплатить **Услуги**, в соответствии с **Абонементом** (**Приложение № 2**, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора), до начала их оказания, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего договора.

3.3.2. Ознакомиться со всей необходимой информацией об **Исполнителе**, о выбранных **Услугах**, методах и условиях их предоставления и оказания, в соответствии с пунктом 1.4. настоящего договора.

3.3.3. До оказания **Услуг** сообщить **Исполнителю** (медицинскому работнику, оказывающему **Услуги**) полную и достоверную информацию обо всех проблемах, связанных с его (**Пациента**) здоровьем, в том числе об аллергических реакциях и/или проявлениях индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных ему (**Пациенту**) травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на него (**Пациента**) в процессе жизнедеятельности, а также иную информацию, способную повлиять на оказание **Услуги** и на ее качество. Все указанные сведения в обязательном порядке вносятся **Исполнителем** (медицинским работником, оказывающим **Услуги**) в лист сбора анамнеза, являющийся неотъемлемой частью медицинской карты **Пациента**.

3.3.4. В обязательном порядке проинформировать **Исполнителя** о любых изменениях самочувствия, прямо или косвенно связанных с оказанными **Услугами**, в течение суток с момента возникновения таких изменений.

3.3.5. Своевременно и точно выполнять все назначения и указания **Исполнителя** (медицинского работника, оказывающего **Услуги**): соблюдать все рекомендации, точно следовать намеченному графику проведения процедур, включая повторные осмотры и контрольные телефонные звонки.

3.3.6. Обеспечить собственную явку на прием в точном соответствии с датой и временем, согласованными оператором **Исполнителя** и **Пациентом**, во время осуществления предварительной записи согласно пункту 2.1. настоящего договора.

3.3.7. Заблаговременно (не позднее, чем за 3 (три) часа до начала получения **Услуги**) проинформировать **Исполнителя** о необходимости изменения назначенного ему (**Пациенту**) по предварительной записи времени оказания **Услуги**.

3.3.8. Соблюдать и выполнять установленные **Исполнителем** правила и условия оказания **Услуг**, пункты настоящего договора и иные законные требования **Исполнителя**, в рамках исполнения **Сторонами** обязательств по настоящему договору.

3.4. **Пациент** имеет право:

3.4.1. При обращении за **Услугами** к **Исполнителю**, в рамках настоящего договора, пользоваться всеми правами, предусмотренными соответствующими положениями Гражданского Кодекса РФ, Закона о защите прав потребителей, основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а также нормами подзаконных актов, регулирующих оказание населению платных медицинских услуг.

3.4.2. В доступной для него (**Пациента**) форме получать информацию о состоянии своего здоровья в рамках предоставляемых **Исполнителем** **Услуг**, включая сведения о результатах диагностики, методах проведения процедур, связанном с ними риске, возможных вариантах и способах оказания **Услуг**, их последствиях и ожидаемых результатах.

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость **Абонемента (Приложение № 2)** по настоящему договору, составляет ${ProcentSummaKredit} **рублей.**

4.2. **Исполнитель** предоставляет **Пациенту** возможность свободного выбора удобного ему (**Пациенту**) способа оплаты **Абонемента** из перечисленных:

- за счет собственных денежных средств (наличными или безналичным расчетом (банковская карта));

- за счет привлечения заемных средств (посредством заключения кредитного договора с выбранным банком);

4.3. Оплата **Абонемента** по настоящему договору осуществляется выбранным **Пациентом** способом, а именно: ${type}

4.4. Исполнитель может предоставить скидку на погашение расходов по оплате процентов банка.

4.5. **Исполнитель** не является стороной заключенного **Пациентом** договора с кредитной организацией, а соответственно не несет ответственности за исполнение обязательств по указанному договору, в том числе по оплате процентов за пользование кредитными денежными средствами, уплате неустоек, пени, штрафов.

4.6. Оплата считается произведенной с момента поступления денег на расчетный счет (по безналичному расчету) или в кассу (при внесении наличных денежных средств) **Исполнителя**.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, **Стороны** несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Все споры и разногласия, возникающие между **Сторонами** по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путём переговоров, что не является претензионным порядком.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, только если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями **Сторон**.

5.4. В случае невозможности разрешения споров путём переговоров, **Стороны** разрешают их в судебном порядке, предусмотренном законодательством РФ.

5.5. При досрочном расторжении настоящего договора по инициативе **Пациента**, он обязан оплатить **Исполнителю** все фактически понесенные расходы и оказанные **Услуги**, по стоимости, указанной в настоящем договоре. Отказ **Пациента** от получения **Услуг** по **Абонементам**, в рамках настоящего договора, оформляется в письменной форме.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из **Сторон.** Договор вступает в силу с момента подписания его **Сторонами** и действует до полного исполнения **Сторонами** своих обязательств по нему.

6.2. Использование факсимильного воспроизведения подписи допускается в порядке, предусмотренном ст. 180 ГК РФ.

6.3. **Пациент** ознакомлен и согласен с «Правилами предоставления платных медицинских услуг», а также со всеми условиями их предоставления и оказания.

6.4. **Пациент** предупрежден обо всех возможных показаниях и противопоказаниях к оказанию и получению рекомендованных, согласованных с ним (с **Пациентом**) и/или выбранных им (**Пациентом**) **Услуг**, а также о возможных индивидуальных аллергических реакциях и негативных эффектах, обусловленных индивидуальными особенностями организма, и гарантирует, что не имеет противопоказаний к получению этих **Услуг**.

6.5. **Пациент** своей подписью подтверждает, что в процессе заключения договора, до подписания всех документов, он получил всю необходимую информацию и возможность осуществить правильный выбор платных медицинских услуг и компании, их оказывающей (**Исполнителе**), предусмотренную требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей», в установленном этим Законом объёме.

6.6. **Пациент** гарантирует **Исполнителю**, что он заключает настоящий договор по доброй воле, не вследствие стечения тяжелых обстоятельств, на крайне невыгодных для себя условиях, и настоящий договор не является для него (**Пациента**) кабальной сделкой.

6.7. **Пациент** информирован, что в целях безопасности в помещениях **Исполнителя** ведется видеонаблюдение, и не возражает против этого.

6.8. **Исполнитель** своей подписью подтверждает, что в процессе заключения договора, до подписания всех документов, он предоставил всю информацию о предоставляемых платных медицинских услугах, правилах и условиях их предоставления и оказания в устной и/или письменной (документарной) форме, необходимую для осуществления **Пациентом** правильного выбора платных медицинских услуг.

**7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  Наименование: Общество с ограниченной ответственностью ООО «Инфинити»  Юридический адрес: 196084, г. Санкт-Петербург, Московский пр., дом 111, Литера А, ПОМ. 2H  Фактический адрес: 196084, г. Санкт-Петербург, Московский пр., дом 111, Литера А, ПОМ. 2H  Телефон: 8-960-247-26-47  ИНН/КПП: 7810730632/781001001, ОГРН: 1187847142724, ОКПО: 28607880  Р/счет: 40702810600700212474 в ПАО Банк "АЛЕКСАНДРОВСКИЙ", к/счет: 30101810000000000755, БИК: 044030755  Генеральный директор ООО «Инфинити» | **ПАЦИЕНТ:**  Ф.И.О: ${fioPokupatelya}  Дата рождения: ${chislo1}.${mes1}.${god1}  Место рождения: ${mestorojd}  Паспорт: ${seriya} № ${Nomer} выдан ${Kemvidan}  Адрес регистрации: ${AdresReg}  Фактический адрес: ${AdresFakt}  телефон: ${telefon} |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( Горшкова Р.Р.) | / **${fioPokupatelya2}**  (подпись) (расшифровка подписи) |

**Приложение № 1**

К договору № **${NomerDog}** оказание платных медицинских услуг от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog} г.

**Информированное добровольное согласие**

**на выполнение медицинского вмешательства (обследования и лечения)**

Я,  **${fioPokupatelya}** , в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № **${NomerDog}** от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog} г., желаю получить платные медицинские услуги (далее по тексту – Услуги) в ООО «Инфинити»), далее по тексту – Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Инфинити».

Я выражаю добровольность в получении Услуг и даю свое согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях и на других условиях. Исполнителем в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания Услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания Услуг. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что поставил (-а) в известность **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего **Услугу**) обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических реакциях и/или проявлениях индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня в процессе жизнедеятельности.

Я согласен (-на) с тем, что используемые методы и технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда **Услуга** оказана с соблюдением всех необходимых требований, **Исполнитель** не несет ответственности за их возникновение.

Я доверяю **Исполнителю** (медицинскому работнику, предоставляющему **Услугу**) выполнять все необходимые медицинские действия и процедуры, в соответствии с состоянием моего здоровья. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(-на) исполнять все назначения, рекомендации и советы **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего **Услугу**). Я также понимаю, что несоблюдение и/или неточное соблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (медицинского работника, оказывающего **Услугу**), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой **Услуги**, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье.

Виды выбранных мною **Услуг** согласованы с лечащим врачом (представителем **Исполнителя**, оказывающим **Услугу**), и я даю свое согласие на их полную оплату.

Я подтверждаю, что даю свое согласие и разрешение на обработку **Исполнителем** моих персональных данных, ставших ему известными при подписании Договора на оказание платных медицинских услуг и выполнении всех обязательств по нему. К разрешенным способам обработки моих персональных данных относятся: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, передача третьим лицам, уничтожение. Данные способы обработки моих персональных данных я разрешаю в целях выбора и проведения наилучшего и эффективного курса лечения (оказания **Услуг**), в целях, связанных с возможностью предоставления информации о товарах и услугах **Исполнителя**, а также в целях проведения маркетинговых исследований, сбора и обработки статистической информации посредством внесения их в электронную базу данных. Иные виды обработки и разглашения моих персональных данных должны осуществляться только с моего письменного согласия. Согласие на обработку персональных данных в соответствии с указанными выше условиями предоставлено **Исполнителю** на 5 (пять) лет, если оно не будет отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Своей подписью я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа. Я согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, разъяснения **Исполнителя** мне понятны и меня удовлетворяют.

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.

Настоящее добровольное информированное согласие подписано мною после предварительной беседы и является Приложением №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № **${NomerDog}**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ${fioPokupatelya}**

(подпись) (расшифровка подписи)

Дата рождения: ${chislo1}.${mes1}.${god1} Паспорт ${seriya} № ${Nomer} телефон: ${telefon}

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323.

**Приложение № 2**

К договору № **${NomerDog}** на оказание платных медицинских услуг

от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog}г.

**АБОНЕМЕНТ**

**на получение платных медицинских услуг**

* 1. В соответствии с договором № **${NomerDog}** на оказание платных медицинских услуг от «${DayDog}» ${MesDog} ${GodDog}г. **Исполнитель** обязуется оказать **Пациенту** следующие **Услуги**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **НАИМЕНОВАНИЕ УСЛУГИ** | **КОЛ-ВО ШТ.** | **РОЗНИЧНАЯ ЦЕНА ЗА 1 ПРОЦЕДУРУ РУБЛЕЙ** | **СТОИМОСТЬ РУБЛЕЙ** |
| **${rn}** | **${servicename}** | **${servicebumber}** | **${serviceprice}** | **${servicesumm}** |
| ***ИТОГО:*** | | | | **${SummaItog}** |
| ***${summwithdiscounttext}*** | | | | **${ProcentSummaKredit}** |

* 1. Все указанные выше **Услуги** могут быть использованы **Пациентом** до ${procend}.
  2. До приобретения указанных выше **Услуг**, в соответствии с п.п. 1.3.1. и 1.3.2. вышеуказанного договора, **Исполнитель** ознакомил **Пациента** с «Правилами предоставления платных медицинских услуг» и действующим **Прейскурантом** на **Услуги**.
  3. Во исполнение требований Закона РФ «О защите прав потребителей», в соответствии с п.1.3.3. вышеуказанного договора, **Исполнитель** до подписания договора предоставил **Пациенту** всю необходимую информацию об **Исполнителе**, оказываемых им **Услугах**, используемых при их оказании методах, медицинских препаратах и косметических средствах, квалификации его сотрудников, в установленном этим Законом объёме.
  4. **Пациент** лично ознакомился со всей необходимой информацией об **Исполнителе** и оказываемых им **Услугах**, представленной **Исполнителем** в наглядной, доступной, устной и/или письменной форме, в объеме, предусмотренном требованиями Закона РФ «О защите прав потребителей».

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ПАЦИЕНТ** |
| **ООО «Инфинити»**  **Юр. адрес: 196084** г. Спб, ул. Московский пр., дом 111, Литера А, пом. 2Н  **Факт. адрес: 196084** г. Спб, ул. Московский пр., дом 111, Литера А, пом. 2Н  **ИНН/КПП:** 7810730632/781001001 | ${fioPokupatelya} |
| **Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /** Горшкова Р.Р.**/**  м.п. | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ${fioPokupatelya2}**  (подпись) (расшифровка подписи) |

|  |
| --- |
| **ПАМЯТКА для Пациента:**  **правила и порядок оказания услуг**   1. Предоставление услуг по настоящему договору происходит исключительно в порядке предварительной записи **Пациента** на прием. Предварительная запись **Пациента** на прием осуществляется либо оператором сервисного центра **Исполнителя**, в соответствии с графиком проведения процедур, посредством телефонной связи по контактному номеру, предоставленному **Пациентом,** либо **Пациентом**, посредством телефонной связи по контактному номеру **Исполнителя**: 8-960-247-26-47 2. Заблаговременно (не позднее, чем за 3 (три) часа до начала получения **Услуги**) проинформировать **Исполнителя** о необходимости изменения назначенного ему (**Пациенту**) по предварительной записи времени оказания **Услуги**. 3. Время (срок) оказания конкретной **Услуги** (проведения конкретной процедуры) включает в себя подготовку **Пациента** к данной **Услуге** (процедуре) и время на отдых после нее. При опоздании **Пациента** ко времени назначенного приёма более чем на 15 минут, время оказания **Услуги** (проведения процедуры) сокращается. 4. По личному письменному заявлению **Пациента** **Исполнитель** может приостановить оказание **Услуг** на срок не более 3 (трёх) месяцев, и не более 2 (двух) раз в рамках действия договора. В заявлении **Пациент** в обязательном порядке указывает причину необходимости подобного приостановления. |

Бланк учёта окаанных платных медицинских услуг

К договору № ${NomerDog} от ${DayDog}.${MesDog}.${GodDog}г.

Ф.И.О. пациента: ${fioPokupatelya}

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование процедуры** | **№** | **Дата** | **Ф.И.О специалиста** | **Подпись специалиста** | **Подпись пациента** | **Примечание** |
| **${servicename}** | ${sn} |  |  |  |  |  |