**ДОГОВОР  
возмездного оказания медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **№{{counter\_value}}** | **{{current\_date}} г.** |

Гр. {{client.name}} проживающий(ая) по адресу {{client.living\_address}} тел. {{client.phone}}, паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Лавиани»**(ОГРН 1173328015189, ИНН: 3329092113; адрес места нахождения: г. Владимир , Октябрьский пр-т, д.27, этаж 1, помещение 11; Сведения о государственной регистрации юридического лица: 08.11.2017, Инспекция Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Владимира) в лице Генерального директора Лукьяновой Олеси Олеговны, действующей на основании Устава от 17.03.2020 г., и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-00-3173 от 23.12.2020 г., выданной Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (г. Владимир, 600000, ул. Большая Московская, д. 61, тел. (4922) 77-85-31), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, заключили настоящий договор (отметить нужное знаком «Х»):

|  |
| --- |
| [       ] в интересах Заказчика, являющегося одновременно Пациентом по настоящему договору; |
| [       ] в интересах Пациента: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения , проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (законный представитель Пациента: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| *(сведения о законном представителе Пациента заполняются в случае, если Пациентом является лицо, не достигшее возраста 15 лет, или недееспособный гражданин)* |

о нижеследующем:

**I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По условиям настоящего договора Заказчик поручает и обязуется оплатить, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, перечень которых согласовывается Сторонами в приложениях к настоящему договору, являющихся его неотъемлемой частью.  
1.2. Оказываемые Исполнителем медицинские услуги отвечают всем требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.  
1.3. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон в приложениях к настоящему договору, медицинские услуги оказываются Исполнителем не позднее дня, следующего за днем их оплаты Заказчиком.

**II. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг согласовывается Сторонами в приложениях к настоящему договору исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта цен. Заказчик ознакомлен с прейскурантом цен до момента заключения настоящего договора. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета.  
2.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-% предоплаты до оказания медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя. Оплата медицинских услуг может быть также осуществлена с использованием банковской карты Заказчика. После оплаты медицинских услуг Заказчику выдается кассовый чек, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.  
2.3. Медицинские услуги подлежат оплате в полном объеме, в том числе в случае невозможности оказания медицинской услуги, возникшей по вине Заказчика/Пациента, в соответствии с ч. 2 ст. 781 Гражданского кодекса РФ.  
В случае, когда невозможность оказания медицинских услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.  
В случае одностороннего отказа одной из сторон от исполнения настоящего договора до оказания медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, сторона, отказавшаяся от договора, возмещает другой стороне фактически понесенные ею расходы, связанные с исполнением настоящего договора.  
2.4. В случае если при предоставлении медицинских услуг, указанных в п. 1.1 настоящего договора, требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Пациента). Оказание дополнительных медицинских услуг без согласия Заказчика не допускается.  
Дополнительные медицинские услуги оказываются Исполнителем и оплачиваются Заказчиком на основании дополнительно заключаемого сторонами приложения к настоящему договору, содержащего перечень и стоимость дополнительных медицинских услуг.

**III. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

3.1. Заказчик/Пациент обязуются:  
3.1.1. оплатить медицинские услуги в соответствии с п. 2.1-2.3 настоящего договора;  
3.1.2. выполнять рекомендации и требования медицинских работников Исполнителя в период оказания и после оказания медицинских услуг с целью обеспечения качественного предоставления медицинских услуг;  
3.1.3. до начала оказания медицинских услуг сообщать все необходимые сведения для качественного предоставления медицинских услуг;  
3.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;  
3.1.5. соблюдать внутренний режим нахождения в помещении Исполнителя;  
3.1.6. соблюдать режим лечения;  
3.1.7. сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия Пациента в период оказания медицинских услуг;  
3.1.8. в период оказания медицинских услуг Пациенту отказаться от употребления алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, а также не связанных с оказываемыми медицинскими услугами лекарственных препаратов.  
3.1.9. согласовывать с лечащим врачом употребление Пациентом любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.  
3.2. Исполнитель обязуется:  
3.2.1. оказать Заказчику/Пациенту медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего договора, надлежащего качества в установленный договором срок;  
3.2.2. предоставить Заказчику/Пациенту в доступной форме бесплатную достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах;  
3.2.3. соблюдать конфиденциальность сведений о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при его медицинском обследовании и лечении, составляющих врачебную тайну.  
3.2.4. соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;

3.2.5. информировать Заказчика/Пациента о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;

3.2.6. информировать Заказчика/Пациента о категориях потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;

3.2.7. выдать по обращению Заказчика/Пациента следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);  
- справку об оплате медицинских услуг;  
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;  
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности).

3.2.8. предоставить Заказчику/Пациенту информацию о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, а также достоверную информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги;

3.2.9. обеспечить передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации при предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам).

3.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.4. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Заказчиком/Пациентом по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

3.5. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с действующим законодательством РФ.  
3.6. Исполнитель не несет ответственности по настоящему договору при отсутствии своей вины и/или ненадлежащем исполнении Заказчиком/Пациентом своих обязательств по настоящему договору, предусмотренных п. 3.1 договора.

**IV. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение одного календарного года. В случае если ни одна из Сторон настоящего договора не заявит о его расторжении к моменту истечения срока действия договора, настоящий договор считается возобновленным на тех же условиях на новый срок.  
4.2. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, выраженному в письменной форме.  
4.3. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора с учетом положений п. 2.3 настоящего договора.

**V. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. В соответствии с требованиями ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» Заказчик/Пациент проинформирован исполнителем:  
- о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских организациях;  
- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;   
- о медицинских работниках Исполнителя, а также об уровне их образовании и квалификации;  
- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;  
5.2. Заказчик/Пациент, подписавший настоящий договор, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинских работников Исполнителя), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.  
5.3. Исполнитель предоставляет Пациенту либо его законному представителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:  
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;  
- об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.  
5.4. Медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента либо его законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.  
5.5. Исполнителем после исполнения оказания медицинской услуги выдаются Пациенту либо его законному представителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинской услуги.  
5.6. После заключения договора Пациент вправе отказаться от получения медицинских услуг, что является основанием для расторжения договора; при этом Заказчик/Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, в соответствии с п. 2.3 настоящего договора.  
5.7. В случае возникновения ситуаций, не урегулированных настоящим договором, стороны обязуются руководствоваться положениями действующего законодательства Российской Федерации.

**VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами или уполномоченными представителями Сторон.  
6.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего договора, Стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров. В случае не достижения согласия споры и разногласия разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

6.3. Заказчик/Пациент имеет право подать обращение в Роспотребнадзор, контролирующий порядок исполнения медицинскими учреждениями закона «О защите прав потребителей», в электронном виде или почтовым отправлением, а также направить обращение Исполнителю на почтовый адрес: 600031, Владимирская область, г. Владимир, ул. Добросельская, д. 176, этаж 1, помещение 11

6.4. Настоящий договор составлен в двух/трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя и Пациента, а также Заказчика в случае, если настоящий договор заключен в пользу Пациента, не являющегося одновременно Заказчиком по настоящему договору.

**VII. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ЗАКАЗЧИК / ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Лавиани»  ОГРН 1173328015189  ИНН 3329092113  Юридический адрес: 600031, Владимирская область, г. Владимир, ул. Добросельская, д. 176, этаж 1, помещение 11;  Свидетельство о государственной регистрации юридического лица: 08.11.2017, выдано Инспекции Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Владимира  Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-00-3173 от 23.12.2020 г., выдана Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области Фактический адрес: г. Владимир, Октябрьский пр-т, д. 27 Тел.:52-37-37, https://laviani-cosmetology.ru/  Ген. директор ООО «Лавиани»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лукьянова О.О. | Ф.И.О. Заказчика {{client.name}} Паспорт {{client.passport\_serial}} {{client.passport\_number}},  выдан {{client.passport\_author}} дата выдачи: {{client.passport\_created}} код подразделения: {{client.passport\_code}} адрес места жительства: {{client.living\_address}} тел. {{client.phone}}; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{{client.name}}/ (подпись Заказчика) Ф.И.О. Пациента/законного представителя Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_  (подпись Пациента/ законного представителя) |

\*Виды работ (услуг), выполняемых (оказываемых) в составе лицензированного вида деятельности.  
При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу,  сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторых условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских осведетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) : при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

|  |  |
| --- | --- |
| **ПРИЛОЖЕНИЕ № 01 к договору возмездного оказания медицинских услуг №{{counter\_value}} от {{current\_date}} г.** | |
| город Владимир | {{current\_date}} г. |

Гр. {{client.name}} проживающий(ая) по адресу {{client.living\_address}} тел. {{client.phone}}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и  
**Общество с ограниченной ответственностью «Лавиани»** (ОГРН 1173328015189; адрес места нахождения: 600031, Владимирская область, г. Владимир, ул. Добросельская, д.176, этаж 1, помещение 11; Сведения о государственной регистрации юридического лица: 08.11.2017, Инспекция Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Владимира) в лице Генерального директора Лукьяновой Олеси Олеговны, действующей на основании Устава от 17.03.2020г., и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-00-3173 от 23.12.2020г., выданной Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (г. Владимир, 600000, ул. Большая Московская, д. 61, тел. (4922) 77-85-31), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, являющиеся Сторонами договора возмездного оказания медицинских услуг, заключенного (отметить нужное знаком «Х»):

|  |
| --- |
| [       ] в интересах Заказчика, являющегося одновременно Пациентом по настоящему договору; |
| [       ] в интересах Пациента: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения , проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (законный представитель Пациента: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |

в соответствии с п. 1.1, 1.3, 2.1 договора **согласовали перечень и стоимость медицинских услуг, являющихся предметом вышеназванного договора, в следующем составе:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской услуги | Код услуги | Цена услуги | Количество | Стоимость |
| {{counter}} | {{name}} |  | {{price}} | {{quantity}} | {{cost}} |
|  | |  | | | |

Срок оказания медицинских услуг: с {{current\_date}} по {{current\_date}} гг

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ЛИБО ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

|  |
| --- |
| **1. [  ] Данный раздел бланка заполняется в случае, если Пациентом является лицо, достигшее возраста 15 лет, и не лишенное дееспособности** Я,  {{client.name}} {{client.birth\_date}} года рождения  проживающий(ая) по адресу {{client.living\_address}}, являюсь Пациентом, |
| **2. [  ] Данный раздел бланка заполняется в случае, если Пациентом является лицо, не достигшее возраста 15 лет, или недееспособный гражданин** Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем Пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |

даю Исполнителю информированное согласие на оказание мне медицинских услуг, перечень которых установлен в настоящем приложении к договору, в том числе на проведение мне (представляемому) опроса (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотра (в том числе пальпации, перкуссии, аускультации), антропометрических исследований, термометрии, тонометрии, лабораторных исследований (в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических), медицинского массажа, а также на введение лекарственных препаратов по назначению врача (в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно).  
Мне Исполнителем в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.  
Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима в данной медицинской организации и обязуюсь их соблюдать.  
Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и применять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарственных препаратов и средств.  
Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.  
Я поставил(а) врача в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня в процессе жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.  
Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей, а также на использование результатов, описание хода лечения и прочей информации исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.  
Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами заключенного с Исполнителем договора, с перечнем и стоимостью медицинских услуг, а также с настоящим информированным добровольным согласием, являющимся неотъемлемой частью указанного выше договора. Положения данных документов мною прочитаны и мне понятны, что я подтверждаю своей подписью (нужное отметить знаком «Х»):

|  |  |
| --- | --- |
| 1. [  ] Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ {{client.name}}/ | 2. [  ] Представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Настоящее приложение является неотъемлемой частью договора возмездного оказания медицинских услуг.  
Подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ  Ген. директор ООО «Лавиани»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лукьянова О.О. | ЗАКАЗЧИК  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_{{client.name}} (подпись Заказчика) |

**АКТ ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ  
по договору возмездного оказания медицинских услуг №{{counter\_value}}**

|  |  |
| --- | --- |
| *город Владимир* | *{{current\_date}} г.* |

Гр. {{client.name}} проживающий(ая) по адресу {{client.living\_address}} тел. {{client.phone}}, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и  
**Общество с ограниченной ответственностью «Лавиани»** (ОГРН 1173328015189; адрес места нахождения: 600031, Владимирская область, г. Владимир, ул. Добросельская, д.176, этаж 1, помещение 11; Сведения о государственной регистрации юридического лица: 08.11.2017, Инспекция Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Владимира) в лице Генерального директора Лукьяновой Олеси Олеговны, действующей на основании Устава от 17.03.2020г., и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-00-3173 от 23.12.2020г., выданной Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (г. Владимир, 600000, ул. Большая Московская, д. 61, тел. (4922) 77-85-31), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, являющиеся Сторонами договора возмездного оказания медицинских услуг, заключенного (отметить нужное знаком «Х»):

|  |
| --- |
| [       ] в интересах Заказчика, являющегося одновременно Пациентом по настоящему договору; |
| [       ] в интересах Пациента: гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения , проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; (законный представитель Пациента:  гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серии\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| (сведения о законном представителе Пациента заполняются в случае, если Пациентом является лицо, не достигшее возраста 15 лет, или недееспособный гражданин) |

**составили настоящий акт приемки следующих медицинских услуг, оказанных Исполнителем Заказчику/Пациенту:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской услуги | Код услуги | Цена услуги | Количество | Стоимость |
| {{counter}} | {{name}} |  | {{price}} | {{quantity}} | {{cost}} |
|  | |  | | | |

Всего оказано услуг на сумму:{{appointment.total\_cost\_text}}, НДС не облагается.  
Услуги оказаны в полном объеме и в срок, указанный в договоре.  
Подписывая настоящий акт, **Заказчик/Пациент подтверждает, что претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг к Исполнителю не имеет.**  
Настоящий акт является неотъемлемой частью договора возмездного оказания медицинских услуг.  
Подписи Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ЗАКАЗЧИК / ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Лавиани»  ОГРН 1173328015189  ИНН 3329092113  Юридический адрес: 600031, Владимирская область, г. Владимир, ул. Добросельская, д. 176, этаж 1, помещение 11;  Свидетельство о государственной регистрации юридического лица: 08.11.2017, выдано Инспекции Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Владимира  Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-00-3173 от 23.12.2020 г., выдана Департаментом здравоохранения администрации Владимирской области Фактический адрес: г. Владимир, Октябрьский пр-т, д. 27 Тел.:52-37-37, https://laviani-cosmetology.ru/  Ген. директор ООО «Лавиани»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лукьянова О.О. | Ф.И.О. Заказчика {{client.name}} Паспорт {{client.passport\_serial}} {{client.passport\_number}},  выдан {{client.passport\_author}} дата выдачи: {{client.passport\_created}} код подразделения: {{client.passport\_code}} адрес места жительства: {{client.living\_address}} тел. {{client.phone}}; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/{{client.name}}/ (подпись Заказчика) Ф.И.О. Пациента/законного представителя Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_  (подпись Пациента/ законного представителя) |