

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Настоящим, я,* ✓*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* *(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)**в соответствии с п. 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг уведомлен Исполнителем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также уведомлен о необходимости соблюдения правил поведения пациента в медицинской организации, размещенной на официальном сайте по адресу:*  *https://mystellamaris.ru.**Пациент/законный представитель пациента*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ✓*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Подпись*  | ✓*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *ФИО* | ✓*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *дата* |

 |

**Договор**

**возмездного оказания медицинских услуг**

**г. Санкт-Петербург** «               »                           **2023 г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «СТЕЛЛА МАРИС»** ОГРН 1187847290729, ИНН 7801652427, в лице генерального директора Де Соуза Жулианы Элизе Пальета, действующей на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00344442, выданной от 12 февраля 2019 г. Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. +7 (499) 578-02-20, Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга, СПб, ул. Малая Садовая, дом 1; тел. +7 (812) 571-3406), срок действия лицензии – бессрочно, в помещениях Исполнителя по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Уральская, д.2, стр. 1, по следующим видам деятельности: при оказании первичной медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; диетологии; косметологии; мануальной терапии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; физиотерапии; эндокринологии;

в дальнейшем именуемое «Исполнитель», с одной стороны,

**и** ✓**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Фамилия, имя, отчество Заказчика*

именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик (при заключении настоящего договора в интересах третьего лица – Пациента) или Пациент (при получении услуг по настоящему договору лично), с другой стороны,

в дальнейшем именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора.**
2. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за плату, уплачиваемую Заказчиком, оказать медицинские услуги

*Фамилия, имя, отчество Пациента, дата рождения*

в объёме осмотра врача-специалиста, проведения диагностических (инструментальных, физикальных и лабораторных) исследований с целью диагностирования имеющихся у Пациента заболеваний или исключения таковых, определения тактики их лечения (при наличии), а также обязуется по желанию Пациента оказать иные медицинские услуги, объём, сроки оказания, последовательность проведения и стоимость которых определяется по результатам проведенного Пациенту осмотра врача-специалиста и диагностических мероприятий, и отражается в плане диагностики и лечения; план диагностики и лечения, является неотъемлемой частью настоящего договора в части определения конкретного перечня медицинских услуг, оказываемых Пациенту, последовательности их проведения, сроков оказания и стоимости таких услуг.

1. План диагностики и лечения может быть изменен Исполнителем в зависимости от клинической ситуации, стадии патологического процесса и иных индивидуальных особенностей Пациента, обнаруженных непосредственно при проведении медицинского вмешательства, и подлежит согласованию с Пациентом.
2. Сроки оказания медицинских услуг являются ориентировочными и зависят от клинической ситуации, состояния здоровья Пациента, имеющихся у него заболеваний, их тяжести, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента.
3. Основанием для оказания Пациенту платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента, выраженное путем оформления информированных добровольных согласий на их проведение.
4. Медицинские услуги оказываются в часы работы Исполнителя, по предварительной записи, осуществляемой по телефону регистратуры тел. +7 (812) 309-99-11, +7 (931) 324-81-48 либо во время предыдущего приёма.
5. Медицинские услуги, определённые в п. 1.1. настоящего договора, оказываются Исполнителем, при этом в случае объективной необходимости Исполнитель вправе привлечь для оказания медицинских услуг по настоящему договору третьих лиц, имеющих необходимую для оказания таких услуг разрешительную документацию (лицензии, аккредитацию, сертификаты и пр.).
6. Подписывая настоящий договор, Заказчик и Пациент подтверждают, что ознакомлены с прейскурантом Исполнителя, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания платных медицинских услуг и их оплаты, а также с правилами поведения пациентов в помещениях Исполнителя.
7. Условия настоящего договора являются обязательными как для Заказчика, так и для Пациента, в пользу которого заключен договор, если Заказчик и Пациент не совпадают в одном лице.
8. **Права и обязанности сторон**
9. **Исполнитель обязуется:**
10. предоставить Пациенту в доступной для него форме следующую информацию:
* 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, позволяющим Пациенту принять решение о проведении медицинского вмешательства;
* о состоянии здоровья Пациента, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания;
* о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние;
* о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
* об Исполнителе услуг, в том числе о наименовании и фирменном наименовании Исполнителя, адресе места нахождения Исполнителя, данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, о разрешительной документации, на основании которой Исполнитель осуществляет деятельность;
* о перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплат,
* сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
* о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* о правилах поведения в помещениях Исполнителя;

Информация, указанная в настоящем пункте договора, доводится до сведения Заказчика и Пациента в доступной форме до заключения договора путем ее размещения на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети Интернет и на информационных стендах в помещении Исполнителя; подписание Заказчиком и (или) Пациентом настоящего договора свидетельствует о получении от Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об услугах, порядках и сроках их предоставления, а также иной информации, указанной в настоящем пункте договора, до подписания настоящего договора.

1. предоставить Пациенту в доступной форме следующую информацию до начала проведения медицинских вмешательств:
* о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
* конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
1. собрать информацию об анамнезе жизни и здоровья пациента, путем проведения опроса Пациента посредством анкетирования и устного осмотра, изучения представленных Пациентом документов, отражающих состояние его здоровья, результаты диагностических исследований, проведенных в иных медицинских организациях;
2. провести инструментальные, физикальные и лабораторные диагностические исследования с целью диагностирования имеющихся у Пациента заболеваний или исключения таковых и определения тактики их лечения при необходимости;
3. определить тактику необходимого лечения, объём и последовательность выполнения медицинских вмешательств, примерные сроки их оказания, составить план диагностики (при необходимости) и лечения;
4. оказать медицинские услуги качественно в соответствии с методами диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации с соблюдением предъявляемых к ним требований;
5. поставить в известность Пациента о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возникновению возможных осложнений при лечении;
6. вести медицинскую документацию по установленным формам;
7. назначить лечащего врача по желанию Пациента, сделанному в устной форме, при наличии возможности со стороны Исполнителя;
8. заменить лечащего врача по желанию Пациента, выраженному в письменной форме путем подачи соответствующего заявления, при наличии возможности со стороны Исполнителя;
9. извещать Пациента об обстоятельствах, препятствующих оказанию медицинских услуг;
10. заблаговременно уведомить Пациента о невозможности осуществления назначенного приема врача-специалиста или выполнения лечебного или диагностического мероприятия;
11. соблюдать врачебную тайну;
12. выдавать Пациенту на основании его письменного заявления необходимые медицинские документы (копию медицинской документации, справки, выписные эпикризы и проч.);
13. предоставлять Пациенту на основании его письменного заявления для ознакомления медицинскую документацию, отражающую состояние его здоровья.
14. **Исполнитель имеет право:**
* самостоятельно определять режим и график работы, вносить в него изменения, а также определять график работы специалистов;
* самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий (далее - лечебное мероприятие);
* отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день его проведения в случаях обнаружения у Пациента противопоказаний, при опоздании Пациента на прием более чем на 15 минут, а также в случаях болезни лечащего врача, возникновения непредвиденных обстоятельств непреодолимой силы, несогласованного отключения ресурсоснабжающими организациями электричества, отопления и водоснабжения Исполнителя, а также при возникновении других форс-мажорных обстоятельств, в том числе вызванных неблагоприятной эпидемиологической обстановкой;
* заменить лечащего врача при невозможности проведения лечения специалистом, направить Пациента, с его согласия, к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации;
* направить Пациента, с его согласия, в другие медицинские организации для получения консультаций и лечения диагностированных у него заболеваний;
* привлекать третьих лиц, имеющих необходимые разрешительные документы, для оказания платных медицинских услуг Пациенту;
* осуществлять выбор диагностических исследований, определять тактику лечения, включая перечень, объемы, последовательность медицинских манипуляций, а также сроков их проведения, выбор медицинских аппаратов, изделий и препаратов, необходимых для проведения диагностики и лечения Пациента;
* отказать Пациенту в оказании медицинских услуг при отказе Пациента либо его законного представителя от оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, плана лечения и иных документов, отсутствие которых является препятствием для их проведения;
* отказать Пациенту в оказании медицинских услуг при нахождении Пациента в помещении Исполнителя в состоянии алкогольного и (или) наркотического опьянения;
* отказать Пациенту в оказании медицинских услуг при некорректном, неэтичном поведении Пациента в отношении лечащего врача и иных сотрудников Исполнителя;
* отказать Пациенту в оказании медицинских услуг при отсутствии медицинских показаний или при наличии (обнаружении) противопоказаний к определённому методу диагностики или лечения;
* предоставить Заказчику, сведения в отношении Пациента, составляющие врачебную тайну, при несовпадении в одном лице Заказчика и Пациента по настоящему договору;
* установить в помещениях Исполнителя видеонаблюдение, а также производить видеозапись в помещениях во время проведения лечебных мероприятий в целях обеспечения безопасности сотрудников, а также в целях осуществления контроля за качеством проводимого лечения;
* осуществлять фото- и видеофиксацию при первичном обращении Пациента за медицинской помощью, а также в ходе проведения лечения и после его выполнения, с целью осуществления контроля качества проводимого лечения и оценки достигнутых результатов лечения;
* осуществлять фото- и видеофиксацию Пациента в помещениях Исполнителя при помощи систем видеонаблюдения с целью обеспечения безопасности лиц, прибывающих в помещениях Исполнителя.
1. **Пациент обязан:**
* сообщить достоверную информацию о себе, предоставить Исполнителю на обозрение документ, удостоверяющий личность Пациента и (или) законного представителя, сведения о месте постоянной и временной регистрации Пациента, контактный номер телефона;
* сообщить достоверную и полную информацию о состоянии здоровья Пациента, перенесенных заболеваниях, имеющихся индивидуальных особенностях, необходимых для выполнения Исполнителем принятых по настоящему договору обязательств; в случае сообщения недостоверных и неполных сведений о состоянии своего здоровья Пациент несет риск ненаступления положительного исхода лечения, а также несет риски наступления осложнений (обострение клинической ситуации, перехода заболевания в хроническую стадию, усугубления тяжести течения и характера заболевания и пр.);
* сообщать Исполнителю обо всех изменениях состояния своего здоровья до начала проведения лечения и в ходе его проведения, о приеме лекарственных средств, а также сообщать информацию о медицинских вмешательствах, проводимых в иных медицинских организациях;
* соблюдать назначения и рекомендации Исполнителя, установленный Пациенту лечебно-охранительный режим для достижения и сохранения результатов лечения; в случае несоблюдения рекомендаций, назначений и лечебно-охранительного режима Пациент несет риск ненаступления положительного исхода лечения, а также риски наступления возможных осложнений;
* в случае возникновения любых осложнений обратиться к Исполнителю с целью фиксации факта возникновения осложнений;
* сообщать обо всех случаях обращения в иные медицинские организации при наступлении осложнений после проведенных Исполнителем медицинских вмешательств любым доступным способом;
* строго выполнить план диагностики и лечения; в случаях возникновении обстоятельств, препятствующих выполнению плана диагностики и лечения сообщить об этом Исполнителю услуги в любой доступной форме;
* своевременно посещать лечебные и профилактические приемы;
* уведомить Исполнителя о невозможности явки на назначенные лечебные процедуры не позднее чем за 24 часа любым доступным способом;
* добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в тексте настоящего договора и иных документах, оформляющих оказание медицинских услуг Пациенту, удостоверить личной подписью факт ознакомления с планом диагностики и лечения, факт ознакомления с врачебными назначениями и рекомендациями, и информированным добровольным согласием на проведение медицинских вмешательств;
* своевременно и в полном объёме в соответствии с условиями настоящего договора оплачивать медицинские услуги;
1. **Пациент имеет право:**
* получить достоверную и исчерпывающую информацию 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, позволяющим Пациенту принять решение о проведении медицинского вмешательства, о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние;
* получить достоверную и исчерпывающую информацию о перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплат;
* получить достоверную и исчерпывающую информацию о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
* получить достоверную и исчерпывающую информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* выбрать дату и время проведения лечебных мероприятий по согласованию с Исполнителем;
* заменить лечащего врача по заявлению, выраженному в простой письменной форме и поданному на имя главного врача;
* знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, на основании письменного заявления Пациента или его законного представителя в порядке и сроки, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 г. № 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»;
* получать копии и выписки из медицинской документации на основании письменного заявления Пациента или его законного представителя в порядке и сроки, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;
* получать справки и иные медицинские документы на основании письменных заявлений Пациента или его законного представителя в порядке и сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений»;
* отсрочить или отменить лечебное мероприятие, заблаговременно уведомив об этом Исполнителя услуги;
* в любое время отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически оказанные Исполнителем услуги и понесенные Исполнителем расходы в связи с оказанием Пациенту медицинских услуг.
1. **Заказчик обязан:**
* сообщить достоверную информацию о себе, предоставить Исполнителю на обозрение документ, удостоверяющий личность Заказчика, сведения о месте постоянной и временной регистрации, контактный номер телефона;
* добросовестно ознакомиться с информацией, предоставленной Исполнителем в тексте настоящего договора;
* своевременно и в полном объёме в соответствии с условиями настоящего договора оплачивать медицинские услуги, оказанные Пациенту;
1. **Заказчик имеет право:**
* получить достоверную и исчерпывающую информацию о перечне платных медицинских услуг, оказанных Пациенту, с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплат;
* в любое время отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически оказанные Исполнителем услуги и понесенные Исполнителем расходы в связи с оказанием Пациенту медицинских услуг.
1. При несовпадении в одном лице Заказчика и Пациента по настоящему договору, если в качестве Заказчика выступает законный представитель недееспособного Пациента, Исполнитель обязан предоставить исчерпывающую информацию о состоянии здоровья пациента, характере, методах, последовательности медицинских вмешательств, сроках и условиях их оказания, а также их стоимости законному представителю Пациента; при этом на Заказчика возлагается ответственность за надлежащее исполнение Пациентом принятых на себя по настоящему договору обязанностей.
2. При несовпадении в одном лице Заказчика и Пациента по настоящему договору в иных случаях, кроме указанного в п. 2.6 настоящего договора, Исполнитель обязан предоставить по требованию Заказчика исчерпывающую информацию о проводимых Пациенту медицинских вмешательств и их стоимости, а Заказчик обязан своевременно и в полном объёме в соответствии с условиями настоящего договора оплачивать медицинские услуги, оказанные Пациенту.

**3. Цена договора и порядок расчетов.**

1. Цена настоящего договора определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания медицинских услуг, на основании согласованного Сторонами плана лечения и диагностики, являющегося, неотъемлемой частью настоящего договора.
2. Оплата медицинских услуг Исполнителя осуществляется Заказчиком в день их оказания.
3. Заказчик вправе осуществить авансирование (полное или частичное) любых медицинских услуг Исполнителя; Исполнитель самостоятельно осуществляет списание денежных средств с внесенного Заказчиком аванса за фактически оказанные Пациенту услуги в размере, определенном в согласованном с Пациентом плане диагностики и (или) лечения.
4. Если предметом договора являются медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в рамках комплексных программ, Заказчик производит полное авансирование таких услуг в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и планом диагностики и (или) лечения, согласованном Сторонами, до начала оказания услуг. При отказе Пациента от проведения лечения в рамках комплексной программы на каком-либо этапе такого лечения, а также в случае невозможности реализации комплексной программы лечения в полном объеме по медицинских показаниям, стоимость оказанных Пациенту медицинских услуг и понесенных Исполнителем расходов в связи с оказанием Пациенту медицинской помощи определяется согласно действующему на момент оказания медицинских услуг Прейскуранту Исполнителя и удерживается из аванса, внесенного Пациентом.
5. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения ранее согласованного Сторонами плана диагностики и (или) лечения, в том числе изменения перечня, объема услуг, стоимость услуг определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя и согласовывается Сторонами в новом плане диагностики и (или) лечения.
6. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах. В случае нехватки денежных средств для оплаты оказанных услуг либо отсутствия наличных денежных средств Заказчик обязуется погасить образовавшуюся перед Исполнителем задолженность по оплате услуг в течение трех рабочих дней со дня образования такой задолженности.
7. В случае неоплаты или несвоевременной оплаты Заказчиком оказанных Пациенту услуг более чем на 3 (три) рабочих дня, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика выплаты неустойки в размере 0,1 % за каждый день просрочки от стоимости оказанных Пациенту, но неоплаченных услуг.
8. При нарушении Заказчиком условий оплаты услуг Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в оказании медицинской помощи.

**4. Срок действия договора.**

1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного календарного года; в случае если ни одна из сторон не заявит о своем желании отказаться от исполнения договора и его пролонгации, он считается пролонгированным на тех же условиях на один календарный год.
2. Срок оказания услуг по настоящему договору определяется Исполнителем в плане диагностики и лечения, является ориентировочным, зависит от строгого соблюдения Пациентом рекомендаций и назначений лечащего врача, клинической ситуации, индивидуальной реакции организма на проводимые медицинские вмешательства. Сроки оказания услуг быть скорректированы в случаях возникновении объективной необходимости выполнения медицинских вмешательств, не предусмотренных в первоначальном плане лечения, необходимость проведения которых обнаружена в ходе их оказания. Сроки оказания услуг могут быть продлены на срок приостановления их оказания в связи с неявкой Пациента на назначенные диагностические и лечебные мероприятия, в случаях замены лечащего врача или вынужденного, по независящим от Исполнителя причинам, приостановления оказания услуг.

**5. Прекращение и расторжение договора.**

1. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия инициативе Исполнителя при невозможности осуществления (продолжения) лечения, в связи с отсутствием у Исполнителя услуг трудовых ресурсов или технической возможности, необходимых для качественного и своевременного оказания услуг, а также в случаях выявления противопоказаний для оказания Пациенту медицинских услуг.
2. Настоящий договор может быть расторгнут до окончания срока его действия по инициативе Пациента и (или) в любое время по желанию Заказчика и (или) Пациента.
3. При расторжении настоящего договора при отсутствии вины Исполнителя Заказчик обязан возместить Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг и понесённых Исполнителем затрат в связи оказанием Пациенту услуг.
4. Исполнитель осуществляет возврат аванса, внесенного Заказчиком и не использованного Пациентом при получении услуг по настоящему договору, в течение десяти рабочих дней со дня со дня получения заявления Заказчика, выраженного в простой письменной форме.
5. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

**6. Ответственность Сторон.**

1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления Исполнителем некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3. При исполнении настоящего договора Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, технических требований и регламентов по использованию медицинского оборудования, а также требований, установленных к порядку ведения медицинской документации, обеспечивает соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, лечебных технологий, врачебной этики.
4. При исполнении настоящего договора Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае возникновения у Пациента в процессе лечения или после его окончания осложнений, указанных в тексте информированных добровольных согласий на медицинские вмешательства, не связанных с качеством оказанных Пациенту медицинских услуг.
5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Сторона не могла предвидеть (пожар, наводнение, землетрясение, иные явления природы, а также военные действия, решение органов государственной власти и другие обстоятельства, находящиеся вне контроля сторон).

**7. Прочие условия договора.**

1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у Заказчика (при несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика). При совпадении Заказчика и Пациента в одном лице договор составляется в двух экземплярах.
2. Стороны пришли к соглашению о возможности оформления договорных отношений с использованием Исполнителем факсимиле и печати организации, выполненной штемпельным или типографским способом.
3. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в простой письменной форме, путем оформления дополнительных соглашений и вступают в силу с момента подписания их обеими сторонами.
4. Подписанием настоящего договора Заказчик/Пациент дает согласие на проведение Исполнителем фото- и видеофиксации в помещениях Исполнителя с целью обеспечения безопасности работников и Пациентов, а также на проведение фото- и видеофиксации хода проводимого лечения с целью обеспечения высокого качества оказываемых услуг, оценки эффективности применяемых методов лечения и достигнутых результатов. При согласии пациента либо его законного представителя на распространение неограниченному кругу лиц персональных данных Пациента (в том числе фото- и видеоизображений Пациента, выполненных до начала лечения, в ходе его проведения и после его завершения, с целью демонстрации достигнутых результатов лечения), выраженного в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в согласии на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, в соответствии с ч. 1 ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Исполнитель вправе без выплаты Пациенту или его законному представителю вознаграждения использовать изображения Пациента.
5. При нарушении Исполнителем порядков оказания медицинской помощи Пациент или его законный представитель вправе обратиться с соответствующим заявлением в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (ТО Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области, адрес: 190068, г. Санкт-Петербург, наб. кан. Грибоедова 88-90, тел. 8 (812) 314-67-89) путем направления письменного обращения посредством почты России, личного обращения, а также путем направления обращения в электронном виде с использованием средств информационно-коммуникационных технологий, предусматривающих обязательную авторизацию заявителя в единой системе идентификации и аутентификации.
6. При нарушении Исполнителем законодательства в области защиты прав потребителей Пациент или его законный представитель вправе обратиться с соответствующим заявлением в территориальный отдел Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Центральный территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по городу Санкт-Петербургу (Адмиралтейский, Василеостровский, Центральный районы), адрес: 190005, Санкт-Петербург, ул. 3-я Красноармейская, д. 18, тел. 8 (812) 316-68-66, путем направления письменного обращения посредством почты России, личного обращения, а также путем направления обращения в электронном виде с использованием средств информационно-коммуникационных технологий, предусматривающих обязательную авторизацию заявителя в единой системе идентификации и аутентификации.
7. Претензии и обращения по факту оказания медицинской помощи могут быть направлены Пациентом/Заказчиком в адрес Исполнителя почтовым отправлением или поданы при личном обращении к Исполнителю по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Уральская, д.2, стр. 1.

**8. Адреса и реквизиты Сторон**

1. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором.
2. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять Исполнителя о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ****Общество с ограниченной ответственностью****«СТЕЛЛА МАРИС»****ОГРН**  1187847290729**ИНН / КПП** 7801652427/780101001**Адрес:** 199155, г. Санкт-Петербург, В.О. ул. Уральская, д. 2, стр. 1, пом. 9-Н**тел/факс** 8(812) 309-99-11**e-mail:** clinic@mystellamaris.ru**р/сч** 40702810355000028836, открытый в Северо-Западном банке ПАО «Сбербанк» **к/сч** 30101810500000000653 **БИК** 044030653 Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Де Соуза Жулиана Элизе ПальетаМ.П. | **ЗАКАЗЧИК**Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серии\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.наименование органа, выдавшего паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись* | **ПАЦИЕНТ**Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт серии\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.наименование органа, выдавшего паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись* |