***Договор № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***возмездного оказания медицинских услуг несовершеннолетнему лицу в возрасте от 14 до 18 лет***

**г.Санкт-Петербург** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиника НоваВита» (ООО «Клиника НоваВита»)**,лицензия №ЛО-78-01-010342 от 19.11.2019 года в лице Управляющего Искровской Александры Алексеевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Клиника», «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий(ая) от своего имени, в своих интересах, с одобрения и согласия законного представителя ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

По настоящему договору Клиника обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги (диагностические, лечебные, профилактические или реабилитационные), в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности и действующими нормативными актами о здравоохранении в РФ, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг и выполнять требования и рекомендации Клиники, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

Отношения между Клиникой и Пациентом регулируются нормами федерального законодательства, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными **Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736**, и настоящим Договором.

1. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему договору по адресу: г. Санкт – Петербург, пр-т. Энгельса, д. 93, лит. А, пом. 61Н, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Клиникой соответствующие договоры.

2.2. Клиника оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Клиники, в том числе посредством телефонной, факсимильной и иной связи. **Телефон регистратуры: +7 (812) 386-20-02**.

1. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Пациенту медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом на момент получения услуг.

3.2. Оплата медицинских услуг производится «Пациентом» на условиях 100% предоплаты за весь комплекс услуг, предусмотренных планом лечения, либо по итогам каждого посещения врача, путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя». В случае необходимости, индивидуальный график оплаты лечения согласовывается с лечащим врачом.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Клиника обязуется:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги по настоящему договору, предоставляя Пациенту квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с имеющейся у Клиники лицензией, сертификатами и действующим законодательством о здравоохранении в РФ.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном порядке законом РФ.

4.1.3. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих услуги.

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Клиникой договорные отношения.

4.1.5. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.

4.1.6. Уведомлять Пациента об изменении стоимости медицинских услуг не менее чем за 10 (десять) календарных дней до их введения в действие путем размещения Прейскуранта на информационном табло в вестибюле Клиники и на своем сайте в сети «Интернет».

4.1.7. Уведомлять Пациента об изменениях условий Договора не менее чем за 10 (десять) календарных дней до вступления изменений путем размещения Прейскуранта на информационном табло в вестибюле Клиники и на своем сайте в сети «Интернет».

4.1.8. Обеспечить Клиента всей необходимой документацией для получения налогового вычета в соответствии с Налоговым кодексом РФ.

4.2. Клиника вправе:

4.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи Пациенту, в том числе и не предусмотренной договором.

4.2.2. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача (ей), расторгнуть настоящий договор с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Клиника не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.

4.2.3. В одностороннем порядке изменять стоимость медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента в соответствии с п. 4.1.6.

4.3. Заказчик имеет право:

4.3.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.3.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.3.3. В любое время расторгнуть настоящий договор, уплатив Клинике стоимость фактически оказанной услуги и возместив Клинике расходы, произведенные последней до получения уведомления Пациента об отказе от договора.

4.4. Заказчик обязуется:

4.4.1. Информировать Клинику до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах.

4.4.2. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора, точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Клиники и своевременно информировать Клинику о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего договора.

4.4.3. Заблаговременно, до начала приема или процедуры, информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги по **телефону:+7 (812)386-20-02**. В случае опоздания Пациента более чем 15 (пятнадцати) минут по отношению к назначенному ему времени получения услуги, Клиника оставляет за собой право на перенос срока получения или отмену услуги.

4.4.4. При обращении за медицинской помощью предоставить документ, удостоверяющий его личность.

4.4.5. В полном объеме и в сроки, установленные настоящим Договором, производить оплату медицинских услуг, оказанных Клиникой.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Клиника обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.4. Подписывая договор, пациент дает согласие на обработку персональных данных (в т.ч. биометрических), полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора; с целью исполнения договора; на срок договора и на установленный законом срок хранения первичных медицинских документов (в соответствии с п.4 ч.2 сч.10 и ч.1 сч.11 Федерального закона №152 «О персональных данных»). Хранение и обработка информации о состоянии Пациента осуществляется исключительно в целях реализации его права на охрану здоровья и медицинскую помощь. При этом конфиденциальность персональных данных обеспечивается врачебной тайной (Определение Конституционного Суда РФ от 16.07.2013 №1176-О). В соответствии с п.3 ст.13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке. Ответ на письменную претензию представляется другой стороной в течение 10 рабочих дней после ее получения.

7.2. При недостижении соглашения споры между сторонами рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8. СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ПАЦИЕНТОМ

11.1. Сведения о Законном представителе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

11.2. Законный представитель для Пациента является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Полномочия подтверждаются \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (паспорт/свидетельство о рождении/. документ, выданный органами записи актов гражданского состояния/решение органов опеки и попечительства/ вступившее в законную силу решения суда об установлении усыновления (удочерения) ребенка).

11.3. Являясь Законным представителем Пациента, даю своё согласие и одобрение на:

11.3.1. заключение Пациентом настоящего Договора и Дополнительных соглашений к Договору;

11.3.2. самостоятельное определение Пациентом объема и перечня Услуг, необходимых ему;

11.3.3. самостоятельную оплату Услуг Пациентом.

11.4. Претензий в связи с фактом оказания Услуг, самостоятельным определением Пациентом объема и перечня Услуг, подлежащих оплате, а также в связи с оплатой Услуг, не имею.

11.5. Подписью в настоящем Договоре осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам Пациента, возникшим на основе совершенных им сделок, а также разрешаю Пациенту самостоятельно оплачивать Услуги.

11.6. Обязуюсь нести солидарную ответственность по обязательствам Пациента в рамках Договора и Дополнительных соглашений, как до приобретения Пациентом гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, эмансипация), так и после её приобретения, вплоть до исполнения обязательств Пациента по Договору в полном объёме.

С заключением Договора согласен, его заключение одобряю,

Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, имя, отчество полностью)

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент:** |
| ООО «Клиника НоваВита»  ИНН 7802692535 КПП 780201001  ОГРН 1197847145760  Юридический адрес: г. Санкт – Петербург, пр-т. Энгельса, д. 93, лит. А, пом. 61Н  р/с 40702810032440001478  в ФИЛИАЛ "САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"  к/с 30101810600000000786  сайт: [novavita.ru](mailto:info@novavita.ru)  Телефон: [+7 (812) 386-2002](tel:+7%20(812)%20386-2002)  Управляющий  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Искровская А.А.  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |

Я получил исчерпывающую информацию по предложенному лечению и согласен с ним.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение N 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1177н

Информированное добровольное согласие на виды

медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных

видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают

информированное добровольное согласие при выборе врача

и медицинской организации для получения первичной

медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.рождения,

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

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной

помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого

я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью

«Клиника НоваВита» (сокращённое наименование ООО «Клиника НоваВита».

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможнее 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации,

2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5

части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об

основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана

информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным

представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(дата оформления)

Приложение

к приказу Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. N 390н

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,**

**НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ**

**СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006.

Настоящим, до заключения договора, Исполнитель **ООО «Клиника НоваВита»** в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или/и отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Пациент информирован, что неявка на контрольные осмотры, в соответствии с рекомендациями врача, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**  ООО «Клиника НоваВита»  Санкт- Петербург, пр-т. Энгельса, д. 93, лит. А, пом. 61Н  Тел. +7 (812) 386-20-02 | **ПАЦИЕНТ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |