**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г. Санкт-Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуем\_\_ в дальнейшем «Пациент», со второй стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» (ООО «Компания БРТ»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Полякова Дениса Владимировича, действующего на основании Устава, с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Заказчик заключает с Исполнителем настоящий Договор в интересах жизни и здоровья Пациента.
	2. Права и обязанности по получению медицинской услуги по настоящему Договору, а также отказа от ее получения, возникают у Пациента, права и обязанности по учету оказанных услуг и их оплате возникают у Заказчика.
	3. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, в соответствии с Перечнем оказываемых услуг (Приложение № 1) надлежащего качества (далее – «Услуги»), в интересах Заказчика, а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги.
	4. Исполнитель по итогам осмотра, составляет план лечения Пациента, который согласовывается с Пациентом и Заказчиком и фиксируется Сторонами в Перечне оказываемых услуг (Приложение 1 к Договору). При корректировке плана лечения, увеличения/уменьшения количества занятий, включение в план лечения дополнительных услуг, Стороны вносят изменения в Перечень оказываемых услуг, который оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.
	5. Наименование Услуг, срок оказания, адрес оказания Услуг, количество Услуг, стоимость одной Услуги определены Сторонами в Перечне оказываемых Услуг (Приложение № 1).
	6. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией №ЛО-78-01-009072, выданной 14 августа 2018 года.
	7. Заключая настоящий Договор Пациент подтверждает добровольное информационное согласие на оказание услуг (Приложение № 2).
	8. На момент заключения Договора в случае недееспособности Пациента, все юридические действия по соблюдению условий Договора осуществляет в соответствии с Законом его опекун.
2. **УЧЁТ ВЫПОЛНЕННЫХ УСЛУГ, ПОРЯДОК СДАЧИ И ПРИЕМКА УСЛУГ**
	1. Учёт оказанных услуг в рамках данного Договора определяется в Листе учета услуг (Приложение № 3).
	2. Лист учета услуг не может содержать услуг по наименованию и количеству, не включенных в Перечень оказываемых услуг.
	3. Заказчик, либо уполномоченное им лицо, по окончании фактического выполнения каждой Услуги со стороны Исполнителя проставляет в Листе учета услуг отметку о выполнении Услуги.
	4. Заказчик с согласия Пациента доверяет подписывать Лист учета услуг следующим доверенным лицам:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. (полностью), паспортные данные доверенного лица  | Образец подписи доверенного лица | Подпись доверенного лица удостоверяю |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. За действия доверенных лиц ответственность несет Заказчик.
	2. По факту оказания всех услуг Исполнитель предоставляет Заказчику на подписание Акт выполненных услуг (далее – «Акт») в трех экземплярах по одному для каждой из Сторон.
	3. В течение 3 (трех) рабочих дней после получения Акта Заказчик обязан подписать его и направить по одному экземпляру Исполнителю и Пациенту, либо при наличии недостатков, представить Исполнителю мотивированный отказ от его подписания.
	4. В случае наличия недостатков Исполнитель обязуется устранить их в течение 7 (семи) рабочих дней, со дня получения соответствующих претензий от Пациента либо Заказчика в письменном виде.
	5. При подписании Акта и подсчете объема оказанных услуг Стороны руководствуются данными в Листе учета услуг.
	6. Услуги считаются оказанными в полном объеме с момента подписания Сторонами Акта.
1. **ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. Общая стоимость Услуг по настоящему Договору складывается из стоимости всех оказанных Заказчику (Пациенту) услуг по настоящему Договору в соответствии с Перечнем оказываемых Услуг и Актом оказанных услуг.
	2. Заказчик оплачивает Услуги до начала оказания Исполнителем Услуг в форме 100% предварительной оплаты от общей стоимости Услуг согласно Перечню оказываемых услуг, подписанной Сторонами. Цена одной Услуги определяется на основании прейскуранта Исполнителя.
	3. За не оказанные Услуги стоимость не выплачивается, если Заказчик уведомил Исполнителя об отмене Услуги за 12 (Двенадцать) часов до момента оказания Услуг. В случае отмены Услуги менее чем за 12 (двенадцать) часов, Заказчик оплачивает сумму в размере 25 % от общей стоимости Услуг. В случае не уведомления Заказчиком Исполнителя об отмене оказания Услуг в указанные сроки, данная Услуга оплачивается в размере 50 % от общей стоимости Услуг.
	4. Расчеты по Договору производят в безналичном порядке, путём перечисления суммы на счёт Исполнителя, либо путем оплаты наличными деньгами в кассу Исполнителя.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с Законодательством Российской Федерации.
	2. Заказчик несет материальную ответственность за порчу инвентаря Исполнителя, полученного на основании расписки в получении во временное пользование инвентаря (Приложение № 4).
	3. Исполнитель вправе привлекать к оказанию Услуг третьих лиц, без предварительного получения на то согласия Заказчика. Исполнитель несет ответственность за действия привлекаемых третьих лиц.
3. **ФОРС-МАЖОР**
	1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, под которыми понимаются: запретные действия властей, гражданские волнения, эпидемии, блокада, эмбарго, землетрясения, наводнения, пожары или другие стихийные бедствия.
	2. В случае наступления таких обстоятельств, Сторона обязана в течение 3 (трех) рабочих дней уведомить об этом другую Сторону. Если обстоятельства непреодолимой силы продолжают действовать более 30 (тридцати) календарных дней, то каждая Сторона вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке.
	3. Документ, выданный уполномоченным государственным органом, является достаточным подтверждением наличия и продолжительности действия непреодолимой силы.
4. **СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до «31» декабря 2019 г.
	2. Все изменения к Договору и дополнения действительны и являются неотъемлемой частью, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
	3. Договор может быть расторгнут:

- По соглашению Сторон;

- В одностороннем порядке в случае, если другая Сторона нарушает условия Договора. При таком условии одна Сторона должна уведомить другую не позднее, чем за 14 (Четырнадцать) дней до предполагаемой даты расторжения.

1. **РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**
	1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по настоящему Договору или в связи с ним разрешаются путём переговоров, а при не достижении согласия, подлежат разрешению в суде.
2. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
	1. Договор составлен в 3 (трёх) экземплярах, один из которых для Исполнителя, второй – для Заказчика, третий – для Пациента.
	2. Заключая настоящий Договор Заказчик и Пациент дают согласие Исполнителю на проверку и обработку персональных данных (Приложение №5 настоящего Договора).
	3. Исполнитель осуществляет обработку персональных данных Пациента и Заказчика исключительно в целях оформления документации, необходимой для оказания Услуг и реализации товаров, контроля качества Услуг, участия в мероприятиях, организуемых Исполнителем, участия в рекламных акциях и программах Исполнителя.
	4. Заказчик и Пациент по письменному запросу имеют право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.
3. **ПРИЛОЖЕНИЯ**
	1. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
* Перечень оказываемых Услуг (Приложение № 1);
* Добровольное информированное согласие на оказание Услуг (Приложение № 2);
* Лист учета Услуг (Приложение № 3);
* Форма расписки в получении во временное пользование инвентаря (Приложение № 4).
* Согласие на обработку персональных данных (Приложение №5).
1. **РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Заказчик:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Пациент:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Исполнитель:****ООО «Компания БРТ»**ИНН 7801296793 КПП 780201001ОГРН 1157847431367Юр.адрес: 194295, Санкт-Петербург г, проспект Просвещения, дом 33, корпус 1, литера А, помещение 143-Нр/с 40702810303270001962ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ" Г. МОСКВА к/с  30101810845250000999БИК 044525999Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Д.В. Поляков/М.П. |  |

Приложение № 1

к договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Пациент. Ф.И.О. | Адрес оказания услуг | Наименование услуги | Количество услуг | Стоимость одной услуги | Общая стоимость |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Общая стоимость оказываемых услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. График оказания услуг согласовывается между Сторонами еженедельно.

Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Поляков/М.П. |

Заказчик:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 2

к договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ**

**г. Санкт-Петербург «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., паспорт Гражданина \_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , зарегистрирован 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), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Компания БРТ».

 Перечень видов медицинских вмешательств согласовываются мной с ООО «Компания БРТ» в Перечне оказываемых услуг к Договору на основании плана лечения. Я даю свое согласие на все виды медицинских вмешательств, указанных в Перечне оказываемых услуг.

 Медицинским работником ООО «Компании БРТ» 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".

 Я понял (ла), в чем смысл, полностью с ним (ми) согласен (на) и не имею вопросов к ООО «Компания БРТ». Осознаю, что все указания носят рекомендательный характер и основываются только на личном опыте специалистов. Осознаю степень тяжести своего заболевания, степень нарушения функций своего организма и степень риска, связанного с предполагаемыми изменениями двигательного режима, увеличением физических нагрузок, механическим воздействиям на мое тело и изменением образа жизни.

 Подтверждаю, что не имею медицинских противопоказаний для применения Услуг, указанных в Перечне оказанных Услуг (Приложение № 1 к Договору).

 Полностью принимаю на себя ответственность за все риски, связанные с изменениями в состоянии своего здоровья.

 Настоящее согласие подписано мной добровольно, без давления.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 3

к Договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**ФОРМА**

***ЛИСТ УЧЕТА УСЛУГ***

*№ \_\_\_\_\_\_\_\_ начиная с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.*

*Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Дата*** | ***Наименование Услуги*** | ***Услуга выполнена. Претензий не имею. Заказчик, представитель Заказчика (Ф.И.О., подпись)*** | ***Исполнитель/Сотрудник исполнителя*** ***(Ф.И.О., подпись)*** |
| *1* |  |  |  |  |
| *2* |  |  |  |  |
| *3* |  |  |  |  |
| *4* |  |  |  |  |
| *5* |  |  |  |  |
| *6* |  |  |  |  |
| *7* |  |  |  |  |

**С ФОРМОЙ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН:**

|  |  |
| --- | --- |
| От Заказчика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | От Исполнителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Поляков/М.П. |

Приложение № 4

к Договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**ФОРМА**

***РАСПИСКА В ПОЛУЧЕНИИ ВО ВРЕМЕННОЕ ПОЛЬЗОВАНИЕ ИНВЕНТАРЯ***

 *Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ получил (ла) от ООО «Компания БРТ» во временное пользование следующий инвентарь:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Наименование* | *Балансовая стоимость, руб.* | *Количество шт.* | *Дата получения* |
|  |  |  |  |  |

 *Обязуюсь вернуть указанный инвентарь в последний день оказания Услуг по Договору № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.*

 *В случае утери или порчи инвентаря обязуюсь вернуть полную балансовую стоимость в течении 3 (трех) дней с момента выяснения факта порчи или утери.*

*Подписи сторон:*

|  |  |
| --- | --- |
| *От Заказчика:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* | *От Исполнителя:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Поляков/**М.П.* |

**С ФОРМОЙ ОЗНАКОМЛЕН И СОГЛАСЕН:**

|  |  |
| --- | --- |
| От Заказчика:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | От Исполнителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Д.В. Поляков/М.П. |

Приложение № 5

к Договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (от Заказчика)**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., паспорт Гражданина \_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю свое согласие на обработку в ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях оформления документации, необходимой для оказания Услуг, контроля качества Услуг, участия в мероприятиях, организуемых Компанией, участия в рекламных акциях и программах ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии», а также на хранение данных на электронных носителях. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 5

к Договору на оказание медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (от Пациента)**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., паспорт Гражданина \_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

даю свое согласие на обработку в ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» моих персональных данных, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения; тип документа, удостоверяющего личность; данные документа, удостоверяющего личность; гражданство.

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях оформления документации, необходимой для оказания Услуг, контроля качества Услуг, участия в мероприятиях, организуемых Компанией, участия в рекламных акциях и программах ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии», а также на хранение данных на электронных носителях. Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ООО «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ УСЛУГ**

**к Договору на оказание услуг № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.**

г. Санкт-Петербург «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Пациент», с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Компания Балтийские Реабилитационные Технологии» (ООО «Компания БРТ»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Полякова Дениса Владимировича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, а по отдельности «Сторона», заключили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель выполнил следующие услуги:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Пациент Ф.И.О. | Адрес оказания услуг | Наименование услуги | Количество услуг | Стоимость одной услуги | Общая стоимость |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Услуги Исполнителем выполнены в полном объеме, в соответствии с условиями договора.
2. Стороны взаимных претензий не имеют.

Услуги Заказчиком оплачены в полном объеме, в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Пациент с Актом ознакомлен, претензий не имеет** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заказчик:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Исполнитель:****ООО «Компания БРТ»**ИНН 7801296793 КПП 780201001ОГРН 1157847431367Юр.адрес: 194295, Санкт-Петербург г, проспект Просвещения, дом 33, корпус 1, литера А, помещение 143-Нр/с 40702810303270001962ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ" Г. МОСКВА к/с  30101810845250000999БИК 044525999Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Д.В. Поляков/М.П. |  |

 |  |