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

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Заказчик», являясь законным представителем **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, 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 договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Заказчик заключает с Исполнителем настоящий Договор в интересах жизни и здоровья Пациента.
   2. На основании статьи 53 ГПК РФ законный представитель должен предъявить документы, удостоверяющие его статус и полномочия. В случае признания Пациента недееспособным, законным представителем может являться опекун или попечитель.
   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 Пациента, а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги.
   4. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя в помещении клиники
   5. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией №ЛО-78-01-009072, выданной 14 августа 2018 года.
   6. Заключая настоящий Договор Заказчик от имени Пациента подтверждает добровольное информационное согласие на оказание услуг (Приложение № 2).
2. **ПОРЯДОК СДАЧИ И ПРИЕМКА УСЛУГ**
   1. По факту оказания Услуг, перечисленных в Приложении № 1, Исполнитель предоставляет Заказчику на подписание Акт оказанных услуг (далее – «Акт») в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
   2. Услуги считаются оказанными в полном объеме с момента подписания Сторонами Акта.
3. **ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. Общая стоимость Услуг по настоящему Договору определяется и согласовывается Сторонами в Перечне оказываемых 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. Расчеты по Договору производят в безналичном порядке, путём перечисления суммы на счёт Исполнителя, либо путем оплаты наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.
4. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
   1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с Законодательством Российской Федерации.
5. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.
   2. Все изменения к Договору и дополнения действительны и являются неотъемлемой частью, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
6. **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.
7. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
   1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, один из которых для Исполнителя, второй – для Заказчика.
   2. Заключая настоящий Договор Заказчик дает согласие Исполнителю на проверку и обработку персональных данных в отношении себя и Пациента (Приложение №3 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.
8. **ПРИЛОЖЕНИЯ**
   1. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

* Перечень оказываемых Услуг (Приложение № 1);
* Добровольное информированное согласие на оказание Услуг (Приложение № 2);
* Согласие на обработку персональных данных (Приложение №3).

1. **РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт гражданина РФ,  серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Исполнитель:**  **ООО «Компания БРТ»**  ИНН 7801296793  КПП 780201001  ОГРН 1157847431367  Юр.адрес: 194295, Санкт-Петербург г, проспект Просвещения, дом 33, корпус 1, литера А, помещение 143-Н  р/с 40702810303270001962  ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ"  Г. МОСКВА  к/с  30101810845250000999  БИК 044525999  Генеральный 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. Услуги оплачиваются Заказчиком в размере 100% при подписании Договора.

Подписи сторон:

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

Приложение № 2

к договору на оказание медицинских услуг

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

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ**

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Пациент), гражданин РФ, "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., паспорт серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.

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

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гражданин РФ, "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., паспорт серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (Заказчик за Пациента)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гражданин РФ, "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р., паспорт серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 Услуги согласно Перечню оказываемые услуг по Договору.
2. Услуги Исполнителем выполнены в полном объеме, в соответствии с условиями Договора.
3. Стороны взаимных претензий не имеют.
4. Услуги Заказчиком оплачены в полном объеме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Заказчик:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт гражданина РФ,  серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Когда:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Исполнитель:**  **ООО «Компания БРТ»**  ИНН 7801296793  КПП 780201001  ОГРН 1157847431367  Юр.адрес: 194295, Санкт-Петербург г, проспект Просвещения, дом 33, корпус 1, литера А, помещение 143-Н  р/с 40702810303270001962  ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ"  Г. МОСКВА  к/с  30101810845250000999  БИК 044525999  Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Д.В. Поляков/  М.П. |  | |  |