

**ДОГОВОР
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ, ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ
УСЛУГ**

«___» _____ 201__ г.

ООО «Транссервис» в лице генерального директора Иванкина Виталия Валерьевича, действующий на основании Устава и лицензии ЛО – 77 -01- 017074 от 27.11.2018 г., выданной департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны,

и _____ (Ф.И.О. клиента), с другой стороны, проживающего по адресу _____,

Тел. _____ именуемый в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий договор (в дальнейшем – Договор) о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные косметологические услуги (в дальнейшем – косметологические услуги):

По настоящему договору Исполнитель оказывает Потребителю следующие услуги:

Дата	Косметологические услуги	Количество	цена услуги, (руб)	Сумма

а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в соответствии с действующим прейскурантом цен, установленным исполнителем.

1.2. Пациент при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

1.3. Пациент уведомлен, что после оказания косметологических услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, для него могут наступить возможные негативные последствия.

1.4. Результатом оказания косметологических услуг является Чек и кассовый чек, выдаваемые Исполнителем Пациенту, либо другой документ, подтверждающий факт оказания косметологической услуги.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1 Организовать консультацию Пациента, а в случае необходимости, рекомендовать дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения правильности выбора процедуры.

2.1.2 Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию по оказываемой услуге(процедуре), о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфорта, которые могут возникнуть в процессе оказания процедуры.

2.1.3 Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания косметологических услуг и действующим прейскурантом на косметологические услуги до начала оказания услуги.

2.1.4 Оказать косметологические услуги с применением надлежащих материалов, медикаментов, инструментов и оборудования.

2.1.5 Оказать косметологические услуги надлежащего качества в соответствии с медицинскими показаниями, использованием современных технологий и предоставлением высокого уровня обслуживания.

2.1.6 Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата процедуры. Предложить Пациенту и подписать Информированное согласие на оказываемых услуг (Процедур).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Самостоятельно по согласованию с Пациентом, определять характер и объем косметологических услуг, необходимых для Пациента в рамках плана лечения, а также по мере проведения лечебных процедур.

2.2.2 Требовать предоставления Пациентом сведений и документов, необходимых для оказания косметологических услуг наибольшей эффективности, в случаях предыдущего наблюдения или лечения в иных лечебных учреждениях.

2.3 Пациент обязан:

2.3.1 Предоставить необходимую информацию для Исполнителя о состоянии своего здоровья или иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемой Исполнителем услуги.

2.3.2 Внимательно изучить и подписать «Информированное согласие» на оказываемые услуги.

2.3.3 Являться на прием в строго назначенное время, а в случае невозможности явки в назначенный срок, предупредить Исполнителя заблаговременно.

2.3.4 Предупредить Исполнителя об известных ему препаратах, которые могут привести к возникновению у Пациента аллергических реакций.

2.3.5 Строго соблюдать и выполнять все назначения врача, профилактические и лечебные мероприятия для достижения и сохранения результатов проведенной процедуры..

2.3.6 При возникновении любых осложнений или отклонений, возникших в процессе оказания косметологических, немедленно извещать о них Исполнителя.

2.4 Пациент имеет право:

2.4.1 Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставляемых косметологических услуг.

2.4.2 Отказаться от исполнения Договора в любое время, уплатив исполнителю часть установленной цены пропорционально части оказанных косметологических услуг, выполненных до получения Исполнителем извещения об отказе Пациента от исполнения Договора.

3. ПЛАТЕЖИ И РАСЧЕТЫ ПО ДОГОВОРУ

3.1 Пациент выплачивает стоимость косметологических услуг по действующему прейскуранту в рублях как в наличной так и в безналичной форме.

3.2 Пациент оплачивает предоставленные косметологические услуги при каждом посещении.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания косметологических услуг в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.2 Пациент вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3 В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.4 В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5 В случае неявки Пациента или при обращении Пациента в другое лечебное учреждение Исполнитель не гарантирует достижения желаемого результата косметологических процедур.

4.6 Пациент вправе предъявить претензии Исполнителю по качеству оказанных услуг и, в случае, если услуга будет оказана некачественно, потребовать либо повторного оказания косметологической услуги, либо соразмерного уменьшения установленной цены за услугу.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

5.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1 Все изменения и дополнения к Договору действительны лишь в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

6.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

6.3. Договор вступает в силу с момента его подписания обоими сторонами и действует бессрочно.

6.4. Неотъемлемой частью настоящего договора является Информированное согласие которое подписывает Пациент. Информированное согласие хранится у Исполнителя.

6.5. Пациент дает согласие Исполнителю на систематизацию и использование его персональных данных для внутреннего учета .

6.6. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры разногласия и требования, возникающие в ходе исполнения настоящего Договора или в связи с ним, а так же связанные с его нарушением прекращением или недействительностью, разрешаются в порядке, предусмотренном действующим Законодательством РФ.

Реквизиты ИСПОЛНИТЕЛЯ:

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "Транссервис"
ИНН 7724742850, КПП 772401001, ОГРН 1107746261039, ОКПО 66322981,
115522, г. Москва, ул. Кантемировская, д. 16, корп. 1 тел. 8 499 320 00 10
Р/сч 40702810238000128078, ПАО Сбербанк г. Москва.
БИК 044525225, Кор. Сч. 30101810400000000225
в лице генерального директора Иванкин В.В. _____

Пациент:

С условиями настоящего договора согласен .

Ф.И.О. _____

Подпись _____

Приложение 1

к договору от " " _____ 201__ г

об оказании медицинских услуг

Информированное согласие на оказание

процедур _____

Я, пациент (ФИО), _____ в

соответствии со ст. ст.20, 22, 27, 84 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» - ФЗ доверяю врачу выполнить процедуру _____

1. Ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры и даю свое согласие на ее проведение в области _____
2. Даю свое согласие на проведение контрольных фотоснимков до, и после процедуры для сравнительной оценки.
3. Осведомлен(а), что курс лечения проводится в несколько сеансов с последующими поддерживающими процедурами и требует сопутствующего и последующего ухода за кожей в домашних и клинических условиях.
4. Предупрежден (а), что процедуру сопровождает болезненность в местах введения препарата.
5. Предупрежден(а), что после процедуры могут возникнуть кровоизлияния, отечность, гиперпигментация, гиперемия (покраснение) кожи, небольшие корочки в местах вкола.
6. Предупрежден(а), что в некоторых случаях процедура может вызвать токсико-аллергическую реакцию.
7. Осведомлен(а), что процедура не является радикальным лечебным мероприятием, следовательно, ее эффективность ограничивается лишь улучшением вида очагов целлюлита, локального отложения жира, морщин и состояния кожи и волос.
8. Осведомлена, что процедура не проводится при обострении хронических и наличии острых заболеваний (повышение температуры и т. д.).
9. Предупрежден(а), что несоблюдение рекомендации косметолога по домашнему уходу за кожей освобождает учреждение от ответственности за неблагоприятный исход процедуры, эти рекомендации изложены в «памятке пациента», которую я получил(а).
10. Стоимость процедуры составляет _____

Мне ясно, что предложенное лечение направлено на улучшение качества моей кожи и достижения эстетического результата. Я осознаю, что перспективы и результаты предложенного мне лечения зависят от особенностей моего организма, текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения рекомендаций врача по сохранению результата лечения, посещения профилактических осмотров. Я проинформирован(а), что результат лечения может отличаться от ожидаемого мной и не может быть гарантирован. Я проинформирован(а), что исполнитель при оказании услуги качественно выполняет все клинические и технологические этапы диагностики и лечения. Я знаю, что в целях максимальной эффективности проводимого мне лечения, я обязан(а) поставить в известность врача о всех проблемах, связанных с моим здоровьем, наследственностью, аллергическими проявлениями, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и прошлом.

Все медицинские термины мне разъяснены и понятны.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Ознакомил врач _____ Пациент _____

Дата « ____ » _____ 201__ г.