**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО, дата рождения)

ДАЮ ООО «ФОРМУЛА ЗДОРОВЬЯ»:

информированное добровольное согласие на виды медицинских услуг и виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (далее – Перечень #) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

* по косметологии,
* медицинскому массажу.
* УЗИ исследованию.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, и 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 вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 « Об основах охраны здоровья граждан РФ».

# утвержденный приказом МЗ и СР РФ №390н от 23.04.2012 (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 5.05.2012 №24082)

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И КОНСУЛЬТАТИВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**г. ТЮМЕНЬ**

» ООО «ФОРМУЛА ЗДОРОВЬЯ», в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Щербич Татьяны Анатольевны действующей на основании Устава и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), именуемый в дальнейшем «Заказчик (потребитель)», заключили настоящий договор о нижеследующем

1. Предмет договора:

* 1. Согласно настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.
  2. Код и наименование медицинских услуг:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2. Права и обязанности сторон:

2.1.Обязанности Исполнителя: оказать услуги, предусмотренные пп. 1.2. настоящего договора, квалифицированно, качественно (в соответствии с требовании норм, правил и обычаев медицинского обслуживания), в срок (3 дня) с момента оплаты услуг, давать указания (рекомендации, носящие обязательный характер) Заказчику, предоставить бесплатную доступную информацию о предоставляемой услуге.

2.2. Обязанности Заказчика: информировать врача, до оказания медицинской услуги, о всех перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Оплатить стоимость услуг по договору.

3. Цена договора и порядок расчетов:

3.1. Стоимость услуг по договору согласно прейскуранту

3.2. Заказчик уплачивает денежную сумму по п. 3.1. .

4. Ответственность сторон:

4.1. За неисполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

5. Особые условия:

5.1. Стороны пришли к соглашению о возможности факсимильного воспроизведения подписи при подписании настоящего договора.

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

6. Срок действия договора:

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами договора.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах по одному каждой из сторон.

7. Юридические адреса сторон:

Исполнитель: ООО ФОРМУЛА ЗДОРОВЬЯ Тюмень ул Монтажников 61 помеэение 10. Директор Щербич Т.А. Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года.

Заказчик : Адрес, телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО).