

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Азбука здоровья»**, зарегистрированное по адресу: 197372, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д.26, корп. 1, лит. А, пом. 28-Н, созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, именуемое в дальнейшем **«Учреждение»**, действующее в соответствии с лицензией № Л041-01148-78/00628898 от «22» ноября 2022 года, выданной Комитетом по здравоохранению города Санкт-Петербурга на осуществление медицинской деятельности, в лице Генерального директора Комащенко Александры Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя – отец/мать несовершеннолетнего гражданина),  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес фактического места жительства),  
номер контактного телефона \_\_\_\_\_ - далее – **«Представитель Пациента»**,  
действующий в интересах \_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего гражданина),  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес фактического места жительства) – далее **«Пациент»**, с другой стороны,  
совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение обязуется предоставить Пациенту на возмездной основе медицинские услуги по лечебной физкультуре, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, предусмотренные определенным Сторонами абонементом и действующим Прейскурантом Учреждения (далее – «Услуги»), а Представитель Пациента обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость Услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, определяются настоящим Договором, действующим прейскурантом Учреждения. Детализация Услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора (наименование услуги, стоимость), указывается в Акте оказанных услуг.

1.3. Абонемент является именованным документом Пациента, дающим право на получение Услуг и не подлежит передаче третьим лицам.

1.4. Учреждением предусмотрена возможность приобретения абонементов, дающих право на посещение 4, 8 и 12 занятий продолжительностью \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ минут, сроком действия \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ дней.

1.5. Количество занятий и период предоставления Учреждением Услуг определяются в Абонементае.

1.6. Адрес оказания Услуг: **Санкт-Петербург, Богатырский пр., д.22, корп.1**

### 2. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость Услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему Договору, определяется **Прейскурантом Учреждения, действующим на дату оплаты Услуги.**

2.2. Оплата Услуг по настоящему Договору производится Представителем пациента до момента оказания Услуг. Оплата производится наличными в кассу Учреждения или путем безналичного перечисления средств на расчетный счет Учреждения. Днем уплаты считается день поступления денег в кассу или на расчетный счет учреждения. Оплата производится в рублях РФ.

2.3. В случае досрочного расторжения Договора, а также при иных основаниях отказа от исполнения обязательств по Договору, возврат денежных средств осуществляется с учетом фактически понесенных Учреждением расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору, рассчитанных по действующему Прейскуранту на момент расторжения Договора, без учета скидок.

2.4. В случае, если по окончании срока оказания комплекса Услуг (абонемента), Пациент по причинам, не зависящим от Учреждения, не использовал весь объем Услуг, предусмотренный абонементаем, денежные средства, уплаченные во исполнение абонемента, возврату не подлежат.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 3.1. Учреждение обязуется:

3.1.1. Оказывать Услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01148-78/00628898 от «22» ноября 2022 года.

3.1.2. Орган, регламентирующий лицензирование медицинской деятельности: Комитет по здравоохранению – г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел. (812) 595-89-79.

3.1.3. Оказывать Услуги в период действия настоящего Договора в согласованное с Представителем пациента время.

3.1.4. Оказывать Услуги Пациенту в возрасте до 15 лет в присутствии его законного Представителя.

3.1.5. Обеспечивать реализацию всех прав Пациента, в соответствии с «Основными законодательства РФ об охране здоровья граждан».

3.1.6. При оказании Услуг использовать методы, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и не истекшие сроки годности.

#### 3.2. Учреждение имеет право:

3.2.1. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой Услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и/или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

### 3.3. Представитель Пациента имеет право:

3.3.1. В доступной для него форме получить полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения.

3.3.2. Требовать предоставления необходимой информации в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3.3. Отказаться от медицинского вмешательства, предлагаемого Пациенту на любом этапе его подготовки и проведения, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.3.4. При наличии медико-врачебных оснований (справка врача-специалиста) приостановить сроки оказания комплекса Услуг (абонемента) путем направления в адрес Учреждения письменного заявления. Срок приостановления определяется на основании справки.

3.3.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Учреждению фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору. Отказ от получения оплаченных Услуг возможен только в форме письменного заявления Представителя Пациента, полученного Учреждением до момента начала оказания соответствующих Услуг. Сумма оплаты фактически оказанных Услуг исчисляется исходя из расчетной стоимости одного посещения, установленной Прейскурантом Учреждения на дату возврата денежных средств, без учета скидок.

### 3.4. Представитель Пациента обязуется:

3.4.1. Представитель Пациента обязуется выполнять рекомендации Учреждения, направленные на обеспечение качества предоставляемых Услуг.

3.4.2. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4.3. При оформлении настоящего Договора предъявить Учреждению документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий отношение к Пациенту (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна или попечителя).

3.4.4. При последующих посещениях Учреждения предъявлять документ, удостоверяющий личность.

## 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Представитель Пациента вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, иные требования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Представителем Пациента обязанностей, предусмотренных настоящим Договором, или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

4.4. Учреждение не несет ответственности за возможные осложнения, побочные реакции, снижение показателей результативности лечения вследствие нарушения Представителем Пациента обязанностей по выполнению назначений и рекомендаций специалистов и информированию специалистов о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях.

4.5. При невыполнении Представителем пациента положений пункта 3.4. настоящего Договора, а также при ином грубом нарушении Правил предоставления Услуг, Учреждение имеет право в одностороннем порядке прекратить действие настоящего Договора.

4.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение срока действия оплаченного комплекса Услуг (абонемента). Срок действия Договора продлевается на очередной период при своевременной оплате Услуг в соответствии с разделом 2 настоящего Договора. Количество продлений не ограничено.

5.2. Договор прекращает свое действие в случаях:

5.2.1. исполнения Учреждением своих обязательств по Договору в полном объеме Услуг, предусмотренных настоящим Договором или по истечении месяца при отсутствии оснований для продления настоящего Договора.

5.2.2. по инициативе Представителя Пациента. При досрочном расторжении настоящего Договора Представитель пациента обязан в письменном виде уведомить об этом Учреждение за 15 (Пятнадцать) дней до предполагаемой даты расторжения данного Договора;

5.2.3. в других случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

*Условия настоящего Договора мне разъяснены и понятны. С условиями настоящего Договора согласен (-сна). Получение абонемента подтверждаю \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_*

Адрес электронной почты

Дополнительный способ связи:

В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением (далее – Оператор) моих персональных данных (включая персональные данные лица, законным представителем которого я являюсь), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспортные данные, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (далее – ПД).

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои ПД, содержащие сведения,

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Представителя Пациента/ФИО

составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с ПД, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать ПД посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) ПД с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения ПД соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку ПД, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных Услуг.

Даю согласие на получение информации о новых услугах Учреждения, скидках, иных предложениях посредством направления указанной информации на телефонный номер и/или электронную почту

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
\_\_\_\_\_  
подпись Представителя Пациента/ФИО

Даю согласие на фото, видеосъемку несовершеннолетнего гражданина, законным представителем которого я являюсь, в период: с даты подписания настоящего Договора до истечения срока исполнения настоящего Договора, если соответствующий отказ не будет заявлен ранее,

без выплаты вознаграждения Учреждению, для последующего использования фото, видеоизображений в целях:

размещения на сайте и в группах социальных сетей Учреждения;  
размещения на информационной и/или рекламных стендах Учреждения;  
размещения в рекламных роликах Учреждения в Интернете, а также иными способами, предусмотренными статьей 1270 Гражданского Кодекса РФ.

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 интересах несовершеннолетнего.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
\_\_\_\_\_  
подпись Представителя Пациента/ФИО

## 7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### УЧРЕЖДЕНИЕ

ООО «Азбука здоровья»

Юридический адрес: 197372, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д.26, корп. 1, лит. А, пом. 28-Н

Фактический (почтовый) адрес: 197372, Санкт-Петербург, Богатырский пр., д.22, корп. 1, лит. А, пом. 32-Н  
тел.: (812) 334-55-25

эл.почта: azbuka.zdorov@yandex.ru

ИНН 7814792870 КПП 781401001

р/с 40702810000230004402

в ФИЛИАЛ СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ПАО БАНКА «ФК ОТКРЫТИЕ»

к/с 30101810540300000795

БИК 044030795

Генеральный директор

\_\_\_\_\_/А.А. Комащенко/

М.П.

### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

\_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

Зарегистрирован (-на) по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (фактический): \_\_\_\_\_

Контактная информация:

Телефон: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
подпись Представителя Пациента/ФИО