

## **ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЫ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

В соответствии со ст. 435, 437 Гражданского кодекса Российской Федерации настоящий публичный договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «Лагуна» (далее по тексту – «Договор», «Публичная оферта»), адресованный физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги, является официальным, публичным и безотзывным предложением (публичной офертой) ООО «Лагуна».

Полным и безоговорочным акцептом настоящей Публичной оферты является фактическое получение Потребителем медицинских услуг и внесение в период срока действия настоящей Публичной оферты оплаты за оказание медицинских услуг в порядке, определенном условиями Договора (ст. 438 ГК РФ), и (или) подачей и подписанием физическим лицом, желающим получить медицинские услуги, Заявления о присоединении к Публичной оферте по форме согласно Приложению № 3 к настоящему Договору после ознакомления с Публичной офертой, прейскурантом цен на платные медицинские услуги, режимом работы и Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «Лагуна». Заявление о присоединении к Публичной оферте должно содержать все необходимые реквизиты публичного договора-оферта на оказание платных медицинских услуг ООО «Лагуна».

Акцепт Публичной оферты означает, что Потребитель согласен со всеми положениями настоящего предложения, и равносителен заключению договора на оказание платных медицинских услуг.

Срок действия предложения по оферте: с 01.03.2020 года до момента официального отзыва или утверждения оферты в новой редакции.

### **Термины и определения**

**«Исполнитель»** - Общество с ограниченной ответственностью «Лагуна» (ООО «Лагуна»), зарегистрированное Межрайонной инспекцией ФНС № 15 по Санкт-Петербургу 15.06.2005 г. за ОГРН 1057811020959, ИНН 7814321133, действующее в соответствии с лицензией на оказание медицинских услуг № ЛО-78-01-002915 от 03.08.2012, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям).

**«Потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором.

**«Платные медицинские услуги»** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан и иных средств на основании Договоров.

**«Правила предоставления платных медицинских услуг»** – утвержденный генеральным директором локальный акт, регламентирующий правила и условия оказания платных медицинских услуг потребителям в ООО «Лагуна». Правила предоставления платных медицинских услуг доступны для ознакомления на информационном стенде, а также на сайте <http://spa-laguna.ru/>

**«Прейскурант цен на платные медицинские услуги»** - утвержденный генеральным директором перечень оказываемых платных медицинских услуг и цен на них, действующий на момент осуществления оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах и на официальном сайте <http://spa-laguna.ru/>

### **1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги согласно Приложению №1 (далее – медицинские услуги), а Потребитель обязуется оплатить их в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

1.2. Перечень и сроки предоставляемых медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовываются с Потребителем в соответствии с его медицинскими показаниями с учетом особенностей здоровья, организма и состояния Потребителя.

1.3. Медицинские услуги предоставляются Потребителю согласно режиму работы Исполнителя по месту его нахождения по адресу: Санкт-Петербург, Комендантский проспект, д. 23, корп. 2.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Правилами предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006;

- уведомил его о возможности получения видов и объемов медицинских услуг, указанных в Приложении №1,

- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги,

повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

## **2. Права и обязанности Сторон**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю медицинские услуги в объеме, предусмотренном настоящим Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства.

2.1.2. Информировать Потребителя в доступной форме о стоимости, сроках и условиях оказания медицинских услуг, о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске и о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг; возможных вариантах альтернативного лечения и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах; о специалистах Исполнителя (уровне их образования и квалификации), а также об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в т.ч. о показаниях (противопоказаниях) к применению, процедурах и манипуляциях.

2.1.3. Информировать Потребителя о возможности получения медицинской помощи в рамках программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.4. Безотлагательно и бесплатно предоставлять медицинскую помощь в экстренной форме, необходимую для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему Договору, либо в случае изменения состояния здоровья Потребителя, обуславливающего необходимость изменения перечня предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг, немедленно поставить в известность об этом Потребителя для внесения соответствующих изменений в настоящий Договор.

2.1.7. Исполнитель обязан соблюдать врачебную тайну, в т.ч. конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

### **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Определять длительность и объем медицинских услуг.

2.2.2. На свободное формирование цен на медицинские услуги в соответствии с действующими нормативными документами и условиями рынка медицинских услуг.

2.2.3. Производить медицинское вмешательство без согласия заказчика Потребителя, в случаях, предусмотренных действующим законодательством

2.2.4. Отложить или отменить оказание медицинской услуги Потребителю, предварительно уведомив его об этом, в случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе оказания медицинской услуги;

- в случае неоплаты Потребителем стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора;

- при нарушении Потребителем обязательств действующего законодательства РФ, условий настоящего договора, неисполнения Потребителем медицинских предписаний.

2.2.5. Требовать от Потребителя оплаты оказанных медицинских услуг.

2.3. **Потребитель, принимая (акцептируя) условия настоящего Договора-оферты, обязуется:**

2.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.3.2. Подписать своевременно Акт об оказании услуг Исполнителем в соответствии с Приложением № 2 к настоящему Договору.

2.3.3. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги.

2.3.4. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: соблюдать все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.3.5. Сообщать обо всех изменениях в состоянии своего здоровья в процессе получения медицинских услуг или после их окончания.

2.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.3.7. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного Потребителю время получения (оказания) медицинской услуги.

2.3.8. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме установленной Исполнителем.

#### **2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. Получать информацию о стоимости медицинских услуг, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о специалистах Исполнителя (их профессиональном образовании и квалификации).

2.4.2. Выбрать день и время визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя.

2.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг по Договору, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения) в порядке, предусмотренном ст. 20 Федерального закона №ФЗ-323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг; либо расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке до истечения срока его окончания при условии полной оплаты Исполнителю ранее полученных услуг.

### **3. Стоимость Договора и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю определяется в соответствии с Прейскурантом цен на медицинские услуги, действующим на момент оказания медицинских услуг, и указывается в приложении №1 к настоящему Договору.

3.2. Факт оказания медицинских услуг Исполнителем и их получение Потребителем подтверждается Актом об оказании медицинских услуг в соответствии с Приложением №2 к настоящему Договору. Подписание указанного Акта осуществляется в порядке, установленном настоящим Договором.

3.3. Акт об оказании услуг предоставляется Исполнителем после оказания Потребителю медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором.

3.4. Потребитель обязуется рассмотреть, подписать предоставленный Исполнителем Акт и передать один экземпляр Исполнителю не позднее 3-х дней с момента его получения при условии отсутствия у Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает их в Акте и передает его Исполнителю в тот же срок. После устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

В случае не подписания и (или) не передачи Потребителем Исполнителю подписанного экземпляра Акта по истечении 3-х дней с момента его получения обязательства Исполнителя считаются исполненными без замечаний.

3.5. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала оказания услуг в сумме, указанной в Приложении № 1 к настоящему Договору, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в полном объеме.

Потребителю предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства).

3.6. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.7. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.7.1. В случае заключения дополнительного соглашения на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.

### **4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной или недостоверной информации о своем здоровье или невозможности оказания услуги по независящим от Исполнителя причинам, связанным с состоянием здоровья или поведением Потребителя.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности:

- за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора;

- в случае осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя;

- в случаях, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- в случаях возникновения осложнений по вине Потребителя (явившихся результатом обращения в другую клинику), в т.ч. за последствия, возникшие в результате не выполнения рекомендаций и требований специалиста, оказывающего медицинские услуги; несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и недостатках или вследствие других, не зависящих от качества выполненной Исполнителем работы, причин;

- возникновения аллергической реакции и/или непереносимости препаратов и косметологических материалов, разрешенных к применению в практике и ранее не вызывавших аналогичных реакций у Потребителя;

- при досрочном прекращении согласованных медицинских услуг по вине Потребителя.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

4.5. Все споры по настоящему Договору разрешаются сторонами в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **5. Срок действия Договора**

5.1. Срок действия настоящего Договора устанавливается с даты его заключения по 31 декабря 2020 г. Если до окончания срока действия Договора ни одна из сторон не заявила возражение о продлении срока его действия, Договор считается пролонгированным на один год на тех же условиях. Договор может пролонгироваться неограниченное количество раз.

## **6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон.

6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- по инициативе Потребителя до момента начала оказания медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, до истечения срока окончания Договора при условии полной оплаты Исполнителю ранее фактически полученных услуг;

- в случае невыполнения одной из сторон обязательств по настоящему Договору;

- в случае прекращения деятельности, ликвидации или реорганизации Исполнителя;

- в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

## **7. Заключительные положения**

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.3. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

7.4. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

7.5. Потребитель настоящим подтверждает, что он ознакомился с Правилами предоставления платных медицинских услуг в медицинской организации Исполнителя и обязуется соблюдать их.

7.6. Потребитель дает свое согласие на получение сведений медицинского характера в форме электронного документа посредством электронной почты: \_\_\_\_\_.

7.6.1. Потребитель проинформирован о том, что электронная почта не является защищенным каналом связи для передачи информации и принимает на себя ответственность и все риски, связанные с

несанкционированным доступом к своему почтовому ящику третьих лиц, а равно к своим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

### 8. Реквизиты сторон и подписи

8.1. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим Договором.

#### Исполнитель

ООО «Лагуна»  
Юридический адрес: 197372, Санкт-Петербург,  
Комендантский пр., д. 23, корп. 2  
Фактический адрес: 197372, Санкт-Петербург,  
Комендантский пр., д. 23, корп. 2  
ОГРН 1057811020959  
ИНН/КПП 7814321133/781401001  
р/с 40702810401010000021 в Филиале Банка  
«Петровский» ОАО «ОТКРЫТИЕ»  
К/с № 30101810400000000766  
БИК 044030766  
тел/факс: (812) 348-18-46

Генеральный директор

ООО «Лагуна»

\_\_\_\_\_/Ванская О.Б./

М.П.

#### Потребитель

гр. \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ая) по адресу:

тел. \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Акт  
об оказании медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лагуна», в лице генерального директора Ванской Ольги Борисовны, действующей на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и, гр. \_\_\_\_\_, именуем в дальнейшем «Потребитель», зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, с другой стороны составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Потребитель получил следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Количество	Цена за единицу (в рублях)	Сумма (в рублях)

2. Указанные в п. 1 настоящего акта услуги согласно публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ г. (далее – Договор-оферты) оказаны в полном объеме с " \_\_ " \_\_\_\_\_ г. по " \_\_ " \_\_\_\_\_ г.

3. Замечаний по объему, срокам и качеству услуг, оказанных Исполнителем, не имеется / имеются следующие замечания (нужное подчеркнуть):

\_\_\_\_\_.

Отмеченные недостатки устранены.

4. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору-оферты составила \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

Исполнитель:

Должность \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Потребитель:

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о присоединении к публичному договору-оферте**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)

паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

(дата выдачи и название выдавшего органа)

тел. \_\_\_\_\_

заявляю о том, что ознакомился с условиями публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Лагуна» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее – «Публичная оферта»), юридический адрес: Санкт-Петербург, Комендантский проспект, д. 23, корп. 2, ОГРН 1057811020959, и выражаю свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего согласия (акцепта) с предложением (офертой) ООО «Лагуна». Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Публичной оферте о заключении договора на оказание платных медицинских услуг ООО «Лагуна» регулируются действующим законодательством РФ.

**Согласие на обработку персональных данных**

Настоящим заявлением, я, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ, подтверждаю свое добровольное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Лагуна» (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, данные о состоянии моего здоровья, в т.ч. биометрические персональные данные, информацию о факте обращения за медицинской помощью в целях оказания медицинских услуг (далее – персональные данные).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг представители Оператора вправе предоставлять мои персональные данные (в т.ч. содержащие сведения, составляющие врачебную тайну) третьим лицам, осуществляющим медицинскую деятельность, в рамках заключенных договоров с Оператором в целях оказания медицинских услуг в интересах моего обследования и лечения с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.

Я уведомлен о том, что в любой момент времени, письменно обратившись к Оператору, вправе запросить перечень наименований и адресов любых получателей моих персональных данных, ознакомиться с имеющимися у Оператора своими собственными персональными данными, обратиться с просьбой о предоставлении дополнительной информации в отношении хранения и обработки персональных данных или же потребовать внесения любых необходимых изменений в персональные данные для их уточнения.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации, за исключением случаев, установленных законодательством.

Настоящее согласие дано мной добровольно «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее свое 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 персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «Лагуна», юридический адрес: Санкт-Петербург, Комендантский проспект, д. 23, корп. 2, ОГРН 1057811020959, в т.ч. виды медицинских вмешательств, осуществляемых в ООО «Лагуна», а именно даю свое согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр и обследование; диагностику врожденных и приобретенных морфофункциональных нарушений покровных тканей человеческого организма, в том числе возникающих вследствие травм и хирургических вмешательств, химиотерапевтического, лучевого и медикаментозного воздействия и перенесенных заболеваний, и их коррекцию; неинвазивные процедуры (депиляция; дарсонвализация; косметологическая чистка лица; криомассаж; криоорошение; карбокситерапия; медицинский массаж лица, шеи и области декольте ручной; пилинг аппаратный кожи; пилинг поверхностный); инвазивные процедуры (введение инъекционных тканевых наполнителей; введение нитевых имплантов; инъекции препаратов токсина ботулизма; инъекционная коррекция рубцовой ткани; инъекции аутоплазмы; мезотерапия; биоревитализация; пилинг срединный; инъекционное введение лекарственных препаратов); физиотерапевтические процедуры (бальнеотерапия, водолечение, инфракрасное излучение); введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, подкожно, внутривожно.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинских услуг, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинских услуг. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я извещен(а) о том, что мне необходимо принимать рекомендованные врачом препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не рекомендованных врачом лекарственных средств.

Я предупрежден(а) и осознаю, что несоблюдение назначенного лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинских услуг, снизить их качество, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я поставлен(а) в известность о необходимости предоставления медицинским работникам ООО «Лагуна» сведений обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я удостоверяю, что получил(а) полную информацию обо всех медицинских услугах, оказываемых в ООО «Лагуна», перечень которых указан в Прейскуранте цен на платные медицинские услуги, о программах медицинского обслуживания, о моих правах и обязанностях, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, о порядке и условиях оказания медицинских услуг в ООО «Лагуна», а также информацию об ООО «Лагуна», осуществляющей медицинское вмешательство, о наличии лицензии, о врачах-специалистах, уведомлен(а) о том, что данная информация доступна на информационном стенде медицинской организации, а также на официальном сайте ООО «Лагуна»: <http://spa-laguna.ru/>.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами Договора-оферты, в рамках которого мне оказываются медицинские услуги, со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и объем предоставленной информации меня удовлетворяет. Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление.

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю наличие у меня установленной законодательством способности приобретать и осуществлять гражданские права, создавать гражданские обязанности и исполнять их (гражданская дееспособность). Подтверждаю, что не лишен дееспособности ни полностью, ни частично.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

Настоящий документ оформлен мной по результатам предварительного информирования потребителя о состоянии его здоровья

\_\_\_\_\_  
(ФИО специалиста)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)