

ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

г. Иркутск

«__» _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Прибайкалье», (ИНН 3827045807, ОГРН 1143850033898, Адрес: 664011, Иркутская область, г Иркутск, ул Нижняя Набережная, дом 14/1, помещение 35), имеющее действующую Лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01108-38/06885885, выданную 16 сентября 2026 г. Министерством здравоохранения Иркутской области на следующие медицинские виды деятельности: медицинский массаж, в лице Операционного директора Филиала ООО «Прибайкалье» «РОДИНА Гранд Отель и СПА Иркутск» Савицкой Анны Анатольевны, действующего на основании доверенности ФПБ-ДВ-26-019 от 02.09.2026 года, в дальнейшем именуемое **Исполнитель**, с одной стороны

и _____

(ФИО полностью, паспортные данные, телефон)

проживающий(ая) по адресу: _____
именуемый(ая) в дальнейшем **Потребитель**,

г.р., _____

(ФИО законного представителя Потребителя, паспортные данные, телефон)

с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЪЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](#) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель – юридическое лицо, предоставляющее платные медицинские услуги Потребителям.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Предметом Договора является предоставление Исполнителем Потребителю платных медицинских услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящему договору и, по желанию Потребителя, сервисных и иных услуг, указанных в Прейскуранте, действующем на дату оказания соответствующих услуг и размещенном на официальном сайте Исполнителя (<https://rodinagrandhotel.ru>), а Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость услуг в размере, порядке и сроки, установленные Договором.
- 1.2. Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Исполнителю в установленном порядке 16 сентября 2026 г. № Л041-01108-38/06885885, а также на основании документов, подтверждающих выражение воли Потребителя на получение соответствующей услуги (добровольное информированное согласие).
- 1.3. При оказании медицинских услуг Исполнитель руководствуется действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление медицинскими организациями платных медицинских услуг, порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.
- 1.4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, в соответствии с планом диагностических, лечебных, профилактических, оздоровительных, реабилитационных мероприятий, предложенным Исполнителем и согласованным с Потребителем.
- 1.5. Договор допускает возможность вмешательства в состояние здоровья Потребителя ради устранения, приостановления имеющегося заболевания, предотвращения большего вреда от заболевания.
- 1.6. Договор допускает вероятность непредсказуемого побочного эффекта медицинского вмешательства (осложнения), связанного с индивидуальными особенностями и реакциями организма Потребителя, проявление которого потребует проведение экстренного вмешательства Исполнителя в состоянии здоровья Потребителя ради устранения, приостановления остро развившегося заболевания (патологического состояния).
- 1.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы и без согласия Потребителя, если его

состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители в соответствии с Федеральным [законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- 1.8. Услуги предоставляются в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами предоставления медицинских услуг (размещены в уголках потребителя, на официальном сайте Исполнителя).

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги, составляющие предмет Договора, предоставляются Потребителю медицинскими работниками Исполнителя в амбулаторных условиях в помещениях Исполнителя, расположенных по адресу: г. Иркутск, ул. Гаврилова, стр.2, СПА-комплекс «Grand SPA» гостиницы «RODINA Grand Hotel & SPA Irkutsk 5*» (далее – СПА-комплекс) в дни и часы работы, устанавливаемые Исполнителем.
- 2.2. Договор допускает возможность привлечения по согласованию сторон для оказания (организации) медицинских услуг Потребителю иных медицинских организаций, имеющих соответствующие лицензии, и медицинских работников, имеющих соответствующие сертификаты, с которыми Исполнитель имеет соответствующие договоры о сотрудничестве. При этом Исполнитель гарантирует координацию действий привлеченного медицинского персонала и работников Исполнителя.
- 2.3. Договором предусмотрена предварительная запись Потребителя на медицинские услуги или на консультацию (прием) к специалисту, осуществляемая администраторами СПА-комплекса по телефону или электронной почте.
- 2.4. Объем, перечень оказываемых Исполнителем Потребителю медицинских и иных, в том числе, сервисных услуг определяется исходя из целей оказания медицинских услуг, объективного состояния здоровья Потребителя, технических и организационных возможностей Исполнителя и отражаются в документах, оформляющих оказание услуг по Договору.
- 2.5. Исполнитель предоставляет услуги, качество которых соответствует условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 2.6. С момента окончания оказания услуги или комплекса услуг Исполнителем предоставляется Потребителю Акт об оказании услуг. С момента подписания акта обязанность Исполнителя по оказанию услуг Потребителю считается выполненной. Если Потребитель отказывается от подписания акта без письменного указания мотивов такого отказа, такой акт направляется Потребителю посредством заказного почтового отправления по адресу Потребителя. Потребитель, в течение 2 (двух) календарных дней с момента получения акта, обязуется подписать и возвратить Исполнителю один экземпляр акта либо в этот же срок представить письменный мотивированный отказ от подписания акта. В случае неполучения Потребителем почтового отправления в течение 15 (пятнадцати) календарных дней с момента отправки, а также в случае неполучения Исполнителем в указанный срок подписанного Потребителем акта либо письменного мотивированного отказа от его подписания, услуги считаются оказанными надлежащим образом, принятыми Потребителем и подлежащими оплате в соответствии с Договором.
- 2.7. После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие его здоровье после получения медицинских услуг. Указанная информация предоставляется бесплатно.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

- 3.1. Стоимость оказываемых услуг по Договору определяется Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, и размещенным на сайте Исполнителя, а также иными документами, оформленными Сторонами. При этом не допускается перерасчет стоимости услуг в сторону увеличения, в случае если услуги оплачены Потребителем в полном объеме или частично, или внесена предоплата (депозит) на дату введения в действие нового Прейскуранта Исполнителя.
- 3.2. Оплата услуг производится путем перечисления Потребителем на расчетный счет Исполнителя, в том числе, с применением банковских карт, внесения наличных денежных средств в кассу с применением контрольно-кассового аппарата. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя или на его расчетный счет.
- 3.3. Потребитель производит оплату полной стоимости услуг не позднее даты оказания услуг, если иной порядок не предусмотрен дополнительным соглашением сторон.
- 3.4. Потребитель может вносить денежные средства, по соглашению сторон, в качестве предоплаты за услуги, которые будут ему оказаны по Договору в будущем.
- 3.5. При невозможности оказания услуг полностью или частично в связи с возникновением или выявлением медицинских противопоказаний после начала оказания услуг, Потребитель вправе отказаться от исполнения Договора (получения услуг по Договору) полностью или в соответствующей части при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.
- 3.6. Подтверждением факта оплаты является кассовый чек (или иной документ), полученный Потребителем, производившим оплату. Чек не восстанавливается и не дублируется.

4. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

- 5.1. Подписанием Договора стороны свидетельствуют о следующем:

Договор соответствует требованиям действующего законодательства РФ, в частности, Федеральному закону №323-ФЗ от 21.10.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Правилам предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденным Постановлением Правительства РФ № 659 от 30.05.2026, возможность ознакомиться с которыми была предоставлена Потребителю перед подписанием Договора;

Потребитель в доступной форме информирован, что в соответствии с действующим законодательством РФ, он имеет возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](#) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

- 5.2. Потребитель осознанно, без какого-либо внешнего давления, принял решение реализовать свои законные права в части получения платных медицинских услуг;
- 5.3. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент подписания Договора и предоставления услуг;
- 5.4. Потребитель получил от Исполнителя в доступной форме, достоверную и полную информацию об услугах, оказываемых в рамках Договора, их содержании, объеме и возможном влиянии на состояние здоровья Потребителя;
- 5.5. Потребитель проинформирован о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных услуг, а также о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- 5.6. Потребитель письменно уведомлен Исполнителем до заключения Договора, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, может снизить качество предоставляемых услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- 5.7. Потребитель уведомлен и подписанием настоящего Договора согласен с тем, что на территории СПА-комплекса проводится аудио/видеонаблюдение (за исключением помещений непосредственного оказания услуг по Договору) в том числе в целях обеспечения безопасности Потребителя. Материалы аудио/видеонаблюдения Стороны принимают в качестве надлежащих, допустимых доказательств при разрешении споров по настоящему Договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За нарушение условий Договора виновная сторона возмещает другой стороне убытки в порядке и размере, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 5.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
- 5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
- 5.4. Потребитель вправе направить письменную жалобу (претензию) в адрес Исполнителя по адресу: 664025 г. Иркутск, ул. Гаврилова, стр.2. Исполнитель в течение 10 (десяти) календарных дней рассматривает жалобу (претензию) и направляет в адрес Потребителя ответ.
- 5.5. Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случаях отрицательного результата оказанной услуги, если он обусловлен:
 - 5.5.1. нарушением Пациентом режима и невыполнением обязательных мероприятий;
 - 5.5.2. возникновением у Пациента аллергических реакций и индивидуальной непереносимости препаратов и материалов, о реакции на которые Пациентом не было сообщено Исполнителю, и возможность развития которых не могла быть определена в результате диагностических мероприятий, проведенных перед применением препаратов и материалов в соответствии с принятой методикой;
 - 5.5.3. если вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.
- 5.6. В случае нарушения Потребителем сроков оплаты услуг, установленных настоящим Договором или Приложением к нему, Исполнитель вправе взыскать с Потребителя, а Потребитель обязан оплатить пеню в размере 0,1% от стоимости неоплаченных услуг за каждый день просрочки – начиная со дня наступления обязательства по оплате до момента полного исполнения Потребителем своих обязательств по оплате услуг. Уплата пени не освобождает Потребителя от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.
- 5.7. Потребитель обязуется возместить по первому требованию Исполнителя в срок не более 3 (трех) рабочих дней с момента получения соответствующего требования, любой ущерб и убытки, нанесенные Потребителем как умышленно, так и по неосторожности имуществу Исполнителя, иным клиентам, гостям и сотрудникам Исполнителя, иным лицам, находящимся на территории Исполнителя, возникшие в связи с ненадлежащим исполнением либо неисполнением Потребителем условий настоящего Договора, требований Исполнителя и действующего законодательства, правил и

норм безопасности, экологии и гигиены, независимо от того, совершены были действия, повлекшие ущерб и убытки, умышленно либо по неосторожности.

6. ФОРС-МАЖОР И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, НЕ ЗАВИСЯЩИЕ ОТ ВОЛИ СТОРОН

- 6.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему договору, не несет ответственности, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие возникновения обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).
- 6.2. Под обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажор) подразумеваются: войны, наводнения, пожары, землетрясения и прочие стихийные бедствия, забастовки, изменения действующего законодательства или любые другие обстоятельства, на которые затронутая ими Сторона не может реально воздействовать и которые она не могла разумно предвидеть, и при этом они не позволяют исполнить обязательства по настоящему договору, и возникновение которых не явилось прямым или косвенным результатом действия или бездействия одной из Сторон.
- 6.3. Сторона, не исполняющая обязательства по Договору в силу возникновения обстоятельств непреодолимой силы, обязана в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента наступления подобных обстоятельств проинформировать об этом другую Сторону в письменной форме. Такая информация должна содержать данные о характере обстоятельств непреодолимой силы, а также, по возможности, оценку их влияния на исполнение и возможный срок исполнения обязательств.
- 6.4. По прекращении действия указанных обстоятельств потерпевшая Сторона должна незамедлительно направить письменное уведомление об этом другой Стороне с указанием срока, в который предполагается исполнить обязательства по Договору.
- 6.5. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы срок исполнения обязательств по Договору продлевается на срок действия обстоятельств непреодолимой силы и их последствий.
- 6.6. В том случае, если обстоятельства непреодолимой силы препятствуют одной из Сторон выполнить ее обязательства в течение срока, превышающего 6 (шесть) месяцев, или если после их наступления выяснится, что они будут длиться более 3 (трех) месяцев, любая из Сторон может направить другой Стороне уведомление с предложением о проведении переговоров с целью определения взаимоприемлемых условий выполнения обязательств по настоящему договору или прекращения его действия.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного календарного года с момента вступления его в силу.
- 7.2. Если ни одна из Сторон за 1 (один) месяц до истечения срока действия настоящего Договора не заявила письменно о необходимости его прекращения, настоящий Договор считается пролонгированным на следующий календарный год. Количество пролонгаций неограниченно.
- 7.3. Потребитель вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке по письменному заявлению, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 7.4. В случае невыполнения Потребителем своих обязательств по своевременной оплате в срок, предусмотренный в разделе 3 Договора, соблюдению Потребителем согласованного плана диагностических и лечебных мероприятий, правил внутреннего распорядка, утвержденных Исполнителем, отказа Потребителя выполнять рекомендации медицинского работника, Исполнитель вправе в любое время расторгнуть Договор в одностороннем порядке путем письменного уведомления Потребителя;
- 7.5. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг, Исполнитель информирует Потребителя о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 7.6. Все изменения и дополнения к Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон. Все изменения и дополнения к Договору являются его неотъемлемой частью.
- 7.7. В случае изменения периода оказания услуг по инициативе Потребителя предоставление услуг на новый период осуществляется по ценам Прейскуранта, утвержденного Исполнителем, действующего на новый период.
- 7.8. Последствия признания отдельных условий Договора недействительными по решению суда распространяется только на те пункты Договора, которые указаны в таком решении и не влечет недействительность Договора в целом (признание Договора незаключенным), не распространяет свое действие на иные условия Договора за которыми сохраняется обязанность Сторон в их соблюдении.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 8.1. Стороны согласны, что переписка между ними может осуществляться путем обмена электронными документами и сообщениями, передаваемыми по каналам связи посредством электронной почты, позволяющими достоверно установить, что документ исходит от стороны по Договору. В отдельных

случаях, специально оговоренных в Договоре, направление документов осуществляется по почтовым адресам Сторон, указанным разделе 10 Договора.

- 8.2. Стороны согласны, что вся переписка между ними, осуществляемая посредством электронной почты, в том числе любые уведомления, сообщения, претензии, письма и любая другая переписка, имеющая отношение к Договору, будет обладать юридической силой и являться доказательством в суде.
- 8.3. Претензии и споры, возникшие между Потребителем и Исполнителем, разрешаются путем переговоров. В случае невозможности устранения разногласий, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ в судах общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.
- 8.4. При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг, Потребитель имеет право представить Исполнителю письменную претензию. Исполнитель обязан в течение 10 (десяти) календарных дней рассмотреть претензию Потребителя и дать заявителю обоснованный письменный ответ, для подготовки которого Исполнитель вправе привлекать специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Потребитель направлением Исполнителю претензии даёт согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии его здоровья, лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя, для проведения оценки качества услуг и участия в досудебном урегулировании спора, при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом Договора, не является со стороны Исполнителя нарушением обязанности соблюдать врачебную тайну и осуществлять защиту персональных данных Потребителя, предоставленных в ходе исполнения Договора.
- 8.5. В случае ненадлежащего исполнения Потребителем своих обязательств по оплате оказанных услуг, Исполнитель вправе обратиться в суд в предусмотренном законодательством РФ и настоящим Договором порядке.
- 8.6. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по Договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.
- 8.7. Неотъемлемыми частями Договора с момента их оформления являются:
- Приложение №1 Информированное добровольное согласие на медицинский массаж;
 - Приложение №2 Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу);
 - Приложение №3 Согласие на обработку персональных данных в ЕГСИЗ;
 - Приложение №4 Согласие/отказ на получение информационных материалов;
 - Медицинская карта и иная медицинская документация в части, определённой Договором.
- 8.8. Адреса и реквизиты Сторон, указанные в разделе 9 Договора, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных Договором.
- 8.9. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в своих реквизитах.
- 8.10. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

9. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель	Потребитель
ООО «Прибайкалье»	
Юридический адрес: 664011, Иркутская область, г Иркутск, ул Нижняя Набережная, дом 14/1, помещение 35 ОГРН 1143850033898 ИНН 3827045807 КПП 380801001 Р/с 40702810018350001746 в БАЙКАЛЬСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК К/с 30101810900000000607 БИК 042520607 Филиал ООО «Прибайкалье» «РОДИНА Гранд Отель и СПА Иркутск»: г. Иркутск, ул. Гаврилова, стр.2, КПП 380843001 Тел./факс: E-mail: Операционный директор	Паспорт серия №, выдан Адрес регистрации Телефон E-mail

филиала ООО «ПРИБАЙКАЛЬЕ» «РОДИНА Гранд Отель и СПА Иркутск»	
_____ / Савицкая А.А./	_____ / _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 19, 20, 22 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказа Минздрава № 390н от 23.04.2012, Приказа Минздрава N 1051н от 12 ноября 2021 г.

1. Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя),

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____, « ____ » _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю информированное добровольное согласие на медицинский массаж, который отнесен к видам медицинских вмешательств, включенных 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. № 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в

Обществе с ограниченной ответственностью «Прибайкалье», далее СПА-комплекс

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные 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, указанных выше, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

2. Мне разъяснены мои права и обязанности как Пациента СПА-комплекса. Я ознакомлен(а) с графиком работы СПА-комплекса, его сотрудников, которые будут оказывать мне вышеуказанные услуги.
3. Мне предоставлена возможность ознакомиться с документами, подтверждающими квалификацию специалистов СПА-комплекса, оказывающих медицинскую помощь. Я информирован(а), что в соответствии с действующим законодательством РФ, имею право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
4. Я проинформирован(а) о: необходимости предоставления специалистам СПА-комплекса информации обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в т.ч., аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, перенесенных травмах, операциях, имеющихся или перенесенных заболеваниях, экологических и производственных факторах, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии беременности и периода грудного вскармливания ребенка; перечне показаний и

противопоказаний к медицинскому вмешательству, с которыми мне предоставлена возможность ознакомиться; том, что необходимо точно выполнять все назначения и рекомендации медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, и осознаю, что запланированный результат медицинской услуги может быть не достигнут по моей вине при несоблюдении мною указанных рекомендаций; своем праве частичного или полного отказа от предлагаемого мне объема исследований и/или лечебных процедур при условии письменного оформления такого отказа, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность обсудить с медицинским работником все интересующие меня вопросы.
6. Я разрешаю специалистам СПА-комплекса в моих интересах передавать информацию о факте обращения к специалистам СПА-комплекса и о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти указанному лицу:

(ФИО полностью, номер мобильного телефона)

7. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и удовлетворяют меня.

(подпись пациента, ФИО полностью)

Подпись медицинского работника _____ /

«__» _____ Г.

УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу)

Уважаемый (ая) _____

В соответствии с [пп. «н2 п. 23](#) Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ № 659 от 30.05.2026, уведомляем Вас, что несоблюдение назначений, (рекомендаций) ООО «Прибайкалье» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен. Экземпляр уведомления на руки получил до заключения договора о предоставлении платных медицинских услуг.

Пациент _____ / _____ /

Дата: _____ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ).

Я, _____,
(указывается фамилия, имя и отчество субъекта персональных данных или его представителя)

реквизиты документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных:

номер: _____,

выдан

_____ дата выдачи _____,

адрес: _____,

В случае если согласие предоставляется представителем субъекта персональных данных, далее дополнительно указывается фамилия, имя и отчество субъекта персональных данных:

реквизиты документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных:

номер: _____,

выдан

_____ , дата выдачи _____,

адрес: _____;

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя субъекта персональных данных:

предоставляю следующим организациям (далее – Оператор): ООО «Прибайкалье», (ОГРН 1143850033898, ИНН 3827045807, адрес: 664011, Иркутская область, г Иркутск, ул Нижняя Набережная, дом 14/1, помещение 35)

(указывается наименование и адрес Оператора)

свободно, своей волей и в своем интересе свое согласие на обработку персональных данных (включая, но не ограничиваясь, следующие действия: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, распространение (в том числе передача,

предоставление доступа), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства) любым не запрещенным способом, для целей исполнения Оператором заключенного со мной договора, продвижения и предложения мне товаров, услуг путем прямых контактов со мной с помощью любых средств связи, использования персональных данных в рекламных кампаниях Оператора, а также с целью надлежащего выполнения Оператором своих обязательств, вытекающих из федеральных законов, иных правовых актов, а также из соглашений с контрагентами.

Настоящее согласие распространяется на всю информацию, предоставленную мною Оператору, в том числе на следующие персональные данные: Фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; адрес; семейное положение, данные документа, удостоверяющего личность; сведения о документах, содержащих мои персональные данные; номера контактных телефонов и адресов электронной почты; на специальные категории персональных данных: национальность, состояние здоровья; иные персональные данные.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг, Оператор вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Также признаю и подтверждаю, что настоящее согласие считается данным мной любым третьим лицам, указанным выше, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия.

Настоящим я даю согласие на передачу персональных данных в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ).

Настоящее согласие действует в течение неопределенного срока и может быть отозвано мною путем направления Оператору заявления в письменной форме об отзыве согласия, при этом Оператор прекращает обработку персональных данных и уничтожает их, за исключением персональных данных, включенных в документы, обязанность по хранению которых прямо предусмотрена законодательством и внутренними документами Операторов. Хранение таких персональных данных осуществляется Оператором в течение срока, установленного законодательством и внутренними документами Оператора. Заявление может быть совершено в свободной форме.

В случае отзыва настоящего согласия персональные данные, включенные в документы, образующиеся в деятельности Оператора, в том числе во внутренние документы Оператора в период действия согласия, могут передаваться третьим лицам в объеме и случаях, указанных в настоящем согласии.

Также подтверждаю, что персональные данные могут быть получены Оператором от любых третьих лиц.

Подпись субъекта персональных данных или его представителя

«___» _____ 2026г.

ОТКАЗ ОТ ОБРАБОТКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ

Я,

_____ отказываюсь от
обработки моих персональных данных в ЕГИСЗ РФ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения РФ).

_____ ФИО

«___» _____ 2026г.

рассылки текстовых сообщений посредством email-рассылки	(подпись)	(дата)
---	------------------	---------------

« » _____ Г.

рассылки текстовых сообщений посредством email-рассылки	(подпись)	(дата)
---	------------------	---------------

« » _____ 2026г.

Укажите, пожалуйста, откуда Вы узнали о ООО «ПРИБАЙКАЛЬЕ»: