

УВЕДОМЛЕНИЕ

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ДОГОВОР № ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

«» 2026 г.

, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» и/или «Пациент» с одной стороны и **Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь»** (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), в лице генерального директора Барановой Марины Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Заказчика (Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги по своему профилю в соответствии с Прейскурантом и лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Заказчик (Пациент) обязуется оплатить услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, и выполнять указания (рекомендации) специалистов Исполнителя.

1.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии № Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г., Департаментом здравоохранения г. Москвы, адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77 на следующие работы (услуги): в том числе: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: **косметологии; пластической хирургии.**

1.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с приложениями, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора. Услуги могут оказывать как в разовом (ситуативно) порядке, так и в рамках согласованного Сторонами плана лечения.

1.4. Полный перечень и стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, размещается в доступной и наглядной форме на информационном стенде и, при наличии, на сайте Исполнителя. По запросу Заказчика Исполнитель предоставляет его в бумажном виде.

1.5. Исполнитель не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Настоящим Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что предусмотренные настоящим Договором медицинские услуги он может получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

(подпись)

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями Заказчика (Пациента). Услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Заказчика (Пациента).

2.1.2. Организовать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, информация, о которых предоставлена Заказчику (Пациенту) в доступной форме при заключении настоящего договора.

2.1.3. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах в объеме, утвержденном действующим законодательством.

2.1.4. Предупредить Заказчика (Пациента) в случае, если при предоставлении услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг. Исполнитель не вправе предоставлять такие услуги на возмездной основе без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Заказчику (Пациенту) медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от него, соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.6. По требованию Заказчика (Пациента) предоставить в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам вид, объем, сроки и стоимость диагностики и лечения, а также план лечения по предварительному согласованию с Заказчиком.

2.2.2. При отсутствии у Исполнителя технических возможностей для выполнения необходимых диагностических или лечебных мероприятий, Исполнитель оставляет за собой право направить Пациента в иную специализированную медицинскую организацию;

2.2.3. Отказать Заказчику (Пациенту) в оказании платных медицинских услуг при его несогласии с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Заказчику (Пациенту) медицинскую услугу, а также в случае нарушения Пациентом медицинских предписаний, рекомендаций, Правил оказания платных медицинских Исполнителя, отказа от подписания согласия на медицинское вмешательство.

2.2.4. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Заказчика (Пациента) противопоказаний как по общему состоянию здоровья, а равно, если это лечение не соответствует действующим стандартам оказания медицинской помощи и клиническим рекомендациям, а равно может вызвать нежелательные последствия;

2.2.5. отказать Пациенту в оказании услуг (в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор) в случае грубых нарушений Пациентом выполнения врачебных назначений, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданий (без предупреждения) на прием и/или не явки на прием.

2.2.6. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача или врача, ранее оказывающего услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача для оказания услуг Заказчику (Пациенту).

2.3. Заказчик (Пациент) обязуется:

2.3.1. Своевременно сообщить медицинским работникам Исполнителя достоверные сведения о состоянии своего здоровья, о наличии противопоказаний, аллергических реакциях, хронических и перенесённых заболеваниях, иных особенностях организма.

2.3.2. Точно и своевременно выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников Исполнителя, в том числе указанные в Информированном добровольном согласии, Памятке пациента, являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, соблюдать правила предоставления платных медицинских услуг Исполнителя.

2.3.3. Перед получением медицинских услуг ознакомиться с Прейскурантом.

2.3.4. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.5. Исключить вмешательство специалистов других медицинских организаций в проводимое Исполнителем лечение, так как это может снижать качество оказываемых услуг и является основанием для расторжения договора со стороны Исполнителя.

2.3.6. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между сеансами лечения (посещениями Исполнителя) немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить Исполнителя для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем.

2.3.7. Заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками.

2.3.8. В случае невозможности явки на лечение и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время предупредить об этом Исполнителя не менее чем за сутки, при этом Пациент обязан впоследствии в медицинской карте подтвердить невозможность явки в назначенное ранее время.

2.3.9. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Пациента или в случае досрочного прекращения договора Пациент оплачивает только фактически выполненные медицинские услуги и использованные материалы, что подтверждается медицинской документацией и расчётной ведомостью. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки выполненных услуг

2.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.4.1. Выбрать медицинского работника Исполнителя, с учетом его (работника) согласия, в том числе выбор другого медицинского работника, взамен ранее выполнявшего лечение.

2.4.2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также иную информацию, касающуюся здоровья Пациента при предоставлении Исполнителем услуг

2.4.3. На сохранение в тайне о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. **Пациент не возражает против проведения видеонаблюдения в помещениях Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.**

2.4.4. На проведение по его просьбе врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуги;

2.4.5. При наличии претензий к качеству и срокам предоставляемой услуги требовать от Исполнителя исполнения ее другим специалистом, либо расторжения Договора и возмещения убытков в размере стоимости некачественно выполненной работы.

2.4.6. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяется в приложении к настоящему договору по действующему Прейскуранту.

3.2. При заключении дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения.

3.3. Оплата услуг производится на основании Прейскуранта, действующего в день предоставления медицинской услуги, или на условиях предоплаты, если это согласовано Сторонами в приложениях к настоящему Договору.

3.4. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя либо путем безналичного перечисления денежных средств на расчётный счет Исполнителя с предоставлением платежных документов, подтверждающего произведенную оплату.

3.5. Настоящим Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Заказчика (Пациента) получить медицинские услуги за плату.

4.2. Началом срока предоставления (оказания) медицинских услуг по Договору определяется моментом (датой и временем) обращения Пациента к Исполнителю.

4.3. Если иное не согласовано Сторонами в приложении к договору, плане лечения, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью. При этом срок оказания услуг зависит от состояния здоровья Пациента.

4.4. Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Пациента является необходимым предварительным условием для начала оказания медицинской услуги, с которым Пациент ознакомлен и согласен.

4.5. До оказания медицинских услуг Пациент предоставляет достоверные сведения о состоянии своего здоровья в Анкете состояния здоровья Пациента. В случае одновременного прохождения Пациентом медицинских процедур в другом медицинском учреждении, Пациент обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Пациент не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур.

4.6. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на пересаженные волосы при отсутствии у Пациента онкологических, аутоиммунных, эндокринных и других системных заболеваний. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию на пересаженные волосы при отсутствии у Пациента онкологических, аутоиммунных, эндокринных и других системных заболеваний. Исполнитель гарантирует добросовестное выполнение медицинской услуги в соответствии с утверждённой методикой и применением сертифицированных инструментов. Исполнитель обязуется оказать услуги по пересадке волос в объёме, согласованном с Пациентом, в соответствии с медицинскими стандартами и лицензией. В случае не приживления графтов более чем на 6% при условии соблюдения пациентом рекомендаций Исполнитель проводит бесплатную консультацию и

возможную коррекцию по медицинским показаниям. Гарантия заключается в том, что пересаженные волосы приживаются, растут на протяжении всей жизни и не выпадают.

4.7. Исполнитель в качестве обеспечения гарантийных обязательств обязуется провести комплекс мероприятий по восстановлению нарушенного волосяного покрова в области пересадки с использованием специализированных лечебных процедур при наличии подтвержденного факта надлежащего ухода за пересаженными волосами в соответствии с рекомендациями врача.

4.8. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. **Настоящим Заказчик (Пациент) уведомлен и согласен с возможностью осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.**

4.9. Исполнитель назначает лечащего врача, который проводит консультацию и осмотр Пациента для установления предварительного диагноза, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе о необходимости соблюдения рекомендаций и лечебно-охранительного режима, вместе с Пациентом составляет план лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки.

4.10. **Заказчик (Пациент) предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.**

4.11. Стороны вправе по обоюдному согласию изменить набор и количество медицинских услуг в соответствии с индивидуальными рекомендациями, данными Пациенту специалистами Исполнителя, и пожеланиями Пациента. Соответствующие изменения и дополнения письменно оформляются путем составления нового Плана лечения, который вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

4.12. Исполнитель имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему договору.

4.13. Оказание услуг осуществляется по предварительной записи в дни и время, согласованные с Пациентом с учетом занятости специалистов Исполнителя.

4.14. По письменному запросу Заказчика медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, предоставляются в соответствии с Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них". Вышеуказанный приказ размещается в доступной и наглядной форме на информационном стенде и, при наличии, на сайте Исполнителя.

4.15. В процессе оказания медицинской помощи и/или при необходимости проведения оценки результата оказанных медицинских услуг в рамках врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи, Пациент разрешает привлекать внештатных врачей-специалистов соответствующей специальности и дает свое согласие на передачу персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну указанным лицам в интересах своего обследования и лечения в рамках проведения врачебной комиссии, консилиума врачей и контроля качества оказанной медицинской помощи. При этом Исполнитель обязуется предупредить последних о необходимости соблюдения врачебной тайны.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика (Потребителя) в размере реально причиненного ущерба.

5.2. При неисполнении Заказчиком (Пациентом) условий настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг и не гарантирует достижения ранее заявленных результатов услуг.

5.3. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) в соответствии с Положением о гарантийных сроках, с которым Заказчик (Пациент) ознакомился перед подписанием настоящего договора.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.

5.5. Заказчик (Пациент) обязан возместить Исполнителю убытки, вызванные неисполнением обязанностей по договору или противоправными действиями Заказчика (Пациента).

5.6. При наличии задолженности по оплате Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры и разногласия по порядку исполнения данного Договора Стороны решают путем переговоров. Обязательства Исполнителя по данному Договору считаются выполненными при оказании полного объема услуг, оплаченных Пациентом.

6.2. В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. При подписании договора, пациент разрешает предоставлять медицинскую информацию всем работникам Исполнителя и сторонним медицинским специалистам для контроля качества оказания медицинских услуг.

6.3. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.4. Если стороны не достигли взаимного согласия и требования стороны не удовлетворены, Заказчик (Потребитель) может направить обращения (жалобу, претензию) на почтовый адрес, указанный в реквизитах настоящего договора или лично путем обращения в регистратуру Исполнителя. Срок ответа на претензию 10 (десять) календарных дней с даты ее получения. В случае неурегулирования разногласий путем переговоров, стороны разрешают разногласия в судебном порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств.

7.2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по соглашению Сторон или в одностороннем порядке:

- при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении;
- в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
- обнаружения у Пациента заболевания несовместимого с выбранной методикой оказания медицинских услуг. При этом Исполнитель обязуется возратить Пациенту предварительно оплаченную им в рамках настоящего Договора сумму, за вычетом стоимости оказанных услуг
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.3. В Договор может быть в любое время расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Пациента. В этом случае Пациент обязуется уплатить Исполнителю часть цены, пропорционально части оказанных медицинских услуг и фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Заказчик (Пациент) дает свое согласие получать информацию о предлагаемых скидках, проводимых акциях, прочей информации о работе Исполнителя, а также пересылать информацию, включая обработку и пересылку результатов лабораторной диагностики, по представленным электронной почте, а также голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

8.2. Заказчик (Пациент) соглашается с тем, что все свои обращения, претензии, заявления и т.п., связанные с действием настоящего Договора, принимаются Исполнителем **в письменном виде по реквизитам Исполнителя**, указанным в разделе 9 настоящего Договора.

8.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.4. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора, приложений и дополнительных соглашений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Юридический адрес: 115582, г. Москва, вн.тер.г.
муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд
Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1

ИНН 7728536872 КПП 772401001

ОГРН 1057746096924

Электронная почта: mail@akc-help.ru

Адрес осуществления медицинской деятельности: 129110,
г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Мещанский,
Напрудный пер., д. 8, стр. 1, помещение 1/2

Лицензия на осуществление медицинской деятельности
Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г. Срок действия:
бессрочно

Выдана: Департаментом здравоохранения г. Москва,
находящимся по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный
пер., д. 43, тел.: +7 (495) 777-77-77

р/с 40702810001300042364

в АО «Альфа-Банк» г. Москва

к/с 30101810200000000593

БИК 044525593

Генеральный директор _____/Баранова
М.Е./

Пациент

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:

Дата рождения:

Код подразделения:

Адрес:

_____ //

К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ от «» 2026 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинскую услугу (курс услуг) «Плазмолифтинг» в ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 19, 20, 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2012г. №323-ФЗ

Коды услуг:	A11.01.002 – Плазмолифтинг
Наименование оборудования:	

Настоящим я,

(ФИО)

года рождения,

даю **информированное добровольное согласие** (далее по тексту – Согласие) на предоставление мне **медицинской услуги** (курса услуг) «Плазмолифтинг» (аутостимуляция регенеративных процессов богатой тромбоцитами плазмы)» в ООО «АКЦ ПОМОЩЬ» (далее по тексту – Клиника), ИНН 7728536872, оказывающее услуги по адресам, указанным в действующей Лицензии на осуществление медицинской деятельности.

Причины предоставления Услуги: наличие желания Пациента, медицинских показаний, технической возможности Клиники, а также отсутствие противопоказаний для предоставления Услуги.

Описание Услуги. «Плазмолифтинг» является коммерческим названием и подразумевает аутостимуляцию регенеративных процессов с использованием инъекционной формы богатой тромбоцитами плазмы. В основе методики лежит применение обогащенной тромбоцитами собственной плазмы пациента. Введённая внутривенно и подкожно обогащенная тромбоцитами плазма активизирует нормальные функции фибробластов кожи, способствует ускорению выработки собственного коллагена, эластина и гиалуроновой кислоты.

Цели предоставления Услуги: усилить кровообращение и активизировать обмен веществ в тканях, остановить симптоматические проявления и патологические изменения внешности; сохранить, продлить и повысить качество жизни; восстановить, улучшить и поддержать здоровье.

Показания к предоставлению Услуги: выпадение волос; алопеция; подготовка пациента к пересадке волос, реабилитация после пересадки волос

Противопоказания к предоставлению Услуги: вирусный гепатит В и С; острые инфекционные заболевания; любое новообразование «+ткань», в том числе и доброкачественные; системные заболевания крови; воспалительные заболевания кожи; корректируемый только хирургическими методами; аллергия к про- и антикоагулянтам; иммунодепрессивные состояния; беременность; психические заболевания; нарушения свертываемости крови; повышенная температура; критичная тромбоцитопения; аномалии и дисфункции тромбоцитов; гипоприногенемия; гемодинамическая нестабильность; антикоагулянтная или антиагрегантная терапия; рак и метастатическая болезнь (особенно костной системы и крови); сепсис, острые и хронические инфекции; хроническая патология печени; хроническая интоксикация по причине чрезмерного активного курения, потребления алкоголя, фармакотерапии; использование НПВС менее чем за 48 часов до процедуры забора крови, инъекции кортикостероидов менее чем за 2 недели до процедуры; лихорадочное состояние; уровень тромбоцитов менее 100 тысяч/мкл, уровень гемоглобина менее 100г/л;

Иные противопоказания к предоставлению услуги обсуждаются с врачом индивидуально на основании данных, указанных в медицинской документации.

Рекомендованный курс предоставления Услуги: 7-10 сеансов с интервалом в 15-20 дней.

Риски при предоставлении Услуги: Я понимаю, что процедура ауторегенерации богатой тромбоцитами плазмы включает этап забора крови из вены, которая связана с дискомфортом и возможными болевыми ощущениями в месте пункции. После проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней, болезненность и гематомы в местах инъекций. После забора крови могут возникнуть такие осложнения как: появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции; воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования; развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции; повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой.

Я также проинформирован(а) о возможности проведения повторной венепункции в связи с техническими сложностями, возникшими при заборе крови из вены.

После проведения процедуры в единичных случаях возможно обострение герпетической инфекции. Как правило при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Несоответствие предполагаемых ожиданий от результата предоставляемой Услуги и фактическим состоянием; возможные незапланированные финансовые расходы на предоставление побочных и дополнительных медицинских услуг; отсрочка положительного результата после предоставления Услуги до нескольких недель; возможные осложнения после предоставления Услуги и необходимость их коррекции; временное ухудшение самочувствия и общего состояния организма.

Альтернативные варианты предоставления Услуги. Пациент подтверждает, что до принятия решения о предоставлении ему данной Услуги, он ознакомлен с предложенными ему альтернативными вариантами предоставления услуг, направленных на достижение целей, указанных в настоящем Согласии, такие как мезотерапия. Он осознанно выбирает данную Услугу из числа предложенных и согласен на её предоставление.

Предполагаемый результат предоставления Услуги: Пациент согласен с тем, что так как результат предоставления Услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определённого состояния, и так как действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Клиника, по независящим как от неё, так и от Пациента причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной Услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления Услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Возможные побочные реакции и осложнения после предоставления Услуги: аутоинфицирование (если в крови присутствуют вирусы, например, гепатита); заражение опасными сывороточными инфекциями (при несоблюдении требований антисептики); негативная реакция на антикоагулянты – вещества, препятствующие свёртываемости крови, или металл, из которого сделаны иглы; отёчность; небольшая болезненность, синяки в местах инъекций; слабое покраснение эпидермиса.

Пациент проинформирован, что эстетический эффект от применения медицинского изделия сохраняется до 12 месяцев в зависимости от состояния кожи, области введения, количества введённого медицинского изделия, техники инъекции и образа жизни Пациента.

Пациент информирован, что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений, включая выраженную пигментацию и рубцы. Пациенту известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Анестезия. Пациенту разъяснено, что при предоставлении Услуги возможно применение аппликационной, инъекционной или проводниковой анестезии. Пациент проинформирован об основных преимуществах и осложнениях анестезии, которые могут проявляться в виде различных аллергических реакций (анафилактического шока, отёка Квинке, обморока, коллапса и др.) и постинъекционных гематом и полностью согласен на её применение.

Пациент информирован, что существует редкая вероятность индивидуальных побочных эффектов или серьезных осложнений. Пациенту известно, что строгое соблюдение рекомендаций поможет этого избежать.

Рекомендации после предоставления Услуги предоставлены пациенту в полном объёме. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после нее и соблюдать все назначения врача, а именно в течение 24 часов не трогать руками кожу головы, в течение 24-48 часов не мыть голову и не подвергать ее воздействию ультрафиолетового излучения, в течение 48 часов после процедуры не использовать пилинги и скрабирующие средства, не посещать сауну, баню, солярий, бассейн в течение 7 дней после процедуры.

Пациент понимает, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье пациента.

Вариативность Услуги в процессе её предоставления. Пациент предупреждён и согласен с тем, что объём манипуляций в ходе предоставления Услуги может варьироваться, а окончательный выбор объёма корректируется во время предоставления Услуги врачом. В случае необходимости корректировки Услуги или предоставления другой медицинской услуги Пациент доверяет своему лечащему врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтёт необходимыми.

Информация о своём здоровье. Пациент поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных с здоровьем пациента, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных пациентом и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности.

Пациент сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Пациент понимает, что выполнение данной процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Пациент утверждает, что вышеуказанных противопоказаний, а также индивидуальных противопоказаний к процедуре, о которых ему сказал лечащий врач, у пациента нет.

Пациент признаёт, что он не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и над ним не установлена опека, равно как и то, что он и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и над ним не установлено попечительство.

Информирование об Услуге. Пациент в полной мере проинформирован об особенностях предоставления Услуги, о методе её предоставления, этапах её выполнения, показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях и результатах.

Получив полную информацию о предстоящей Услуге, пациент подтверждает, что ему понятен смысл всех терминов, и он добровольно соглашается на её предоставление. Настоящее согласие совершено пациентом по собственной воле и закрепляет действительное намерение предоставить указанную в настоящем согласии Услугу.

Пациент имел возможность задать своему лечащему врачу все интересующие пациента вопросы. Пациенту даны исчерпывающие ответы на все заданные пациентом вопросы. Данное согласие является подтверждением

обсуждения пациента с медицинским работником вышеупомянутой Услуги. Пациент подтверждает, что до подписания Договора на предоставление платных медицинских услуг он прочитал и понял всю представленную ему информацию.

Пациент согласен, что при смене лечащего врача или специалиста, предоставляющего ему Услугу, все положения настоящего согласия сохраняются. В этом случае обеим сторонам подписание нового Договора и принятие нового согласия не требуется.

Обращение в стороннее медицинское учреждение. Пациент согласен с тем, что в период проводимого лечения без согласования с лечащим врачом или администрацией Клиники при обращении в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) для продолжения лечения или устранения допустимых реакций организма, осложнений – исключает виновное пренебрежение законным интересам пациента со стороны Клиники, и последняя не принимает на себя ответственности за проведение альтернативного вмешательства, делающим невозможным завершить неоконченную Услугу.

Сроки осмотров. При отсутствии в течение этого срока побочных реакций после предоставления Услуги и претензий к результату предоставленной Услуги Пациент является на плановый и контрольный осмотры по своему усмотрению в согласованное с врачом время.

_____ (подпись)	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) Гончарова Эллина Владимировна
_____ (подпись)	_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«» 2026 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

№ от «» 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), в лице генерального директора Барановой Марины Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик (Пациент)», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к вышеуказанному договору о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1.1. В соответствии с п. 1.3. Договора Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

№	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена, руб.	Скидка	Сумма
	A11.01.002	Плазмолифтинг	1	10 000	0%	10 000

Срок оказания услуг	Если иное не согласовано Сторонами, медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.
---------------------	---

1.2. Оплата услуг производится на основании Прейскуранта, действующего в день предоставления медицинской услуги.

1.3. Настоящее Соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель: ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Юридический адрес: 129110, г. Москва, Напрудный пер., д. 8, стр. 1 эт.2, пом. IV, КАБ 3
ИНН 7728536872 КПП 770201001
ОГРН 1057746096924
Электронная почта: mail@akc-help.ru
Адрес осуществления медицинской деятельности:
129110, г. Москва, Напрудный пер., д. 8, стр. 1
Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017
г. Срок действия: бессрочно
Выдана: Департаментом здравоохранения г. Москва, находящимся по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: +7 (495) 77777-77
р/с 40702810938060018732
в ПАО СБЕРБАНК г. Москва
к/с 30101810400000000225
БИК 044525225

Пациент

Паспорт:
Выдан:
Дата выдачи:
Дата рождения:
Код подразделения:
Адрес:

Генеральный директор

_____ //

_____ / Баранова М.Е./

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ) ПАЦИЕНТА**

Я,

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____

(по месту регистрации)

паспорт _____

(серия, номер)

_____ (наименование выдавшего органа и дата выдачи)

в соответствии с требованиями ст. 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), ИНН 7728536872, ОГРН: 1057746096924 (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): 115582, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1, и представителям Оператора на обработку моих персональных данных (данных моего ребенка/подопечного) _____

(Ф.И.О. полностью)

включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (моему ребенку/подопечному) медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего (моего ребенка/подопечного) обследования и лечения, а также страховым компаниям в целях проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи и ее оплаты.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в частности, договорами ДМС (ОМС). Персональные данные обрабатываются в целях исполнения договорных обязательств в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Срок действия настоящего согласия – бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне (моему ребенку/ подопечному) до этого медицинской помощи, и хранить в течение 5 лет, а после этого сдать в архив или уничтожить.

Дата выражения согласия: № от «» 2026 г.

Подпись и расшифровка субъекта персональных данных _____ / _____

Общество с ограниченной ответственностью
«Амбулаторно-клинический центр ПОМОЩЬ»

115582, Г.МОСКВА, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ ОРЕХОВО-БОРИСОВО ЮЖНОЕ,
ПРОЕЗД ШИПИЛОВСКИЙ, Д. 53/2, ПОМЕЩ. 1А/1, +7 (499) 110-03-03
ИНН 7728536872 КПП 772401001 ОГРН 1057746096924
Р/с 40702810938060018732 в ПАО «Сбербанк России» г. Москва
К/с 30101810400000000225 БИК 044525225

Общество с ограниченной ответственностью
«Амбулаторно-клинический центр ПОМОЩЬ»

От

проживающий по адресу:

Паспорт серия номер

Кем выдан

Код подразделения

Дата выдачи

Отказ

в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ

Дата мне было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ.

Я, ФИО

не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему
здравоохранения.

Дальнейших претензий к организации ООО «Амбулаторно-клинический центр ПОМОЩЬ»
по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____ /

Подпись

_____ /
Расшифровка подписи

дата

Генеральному директору ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»
от _____
(Ф.И.О. пациента / законного представителя пациента полностью)
документ, удостоверяющий личность:
(серия, номер, кем и когда выдан)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о ведении медицинской документации на бумажном носителе

В соответствии с пунктом 2 Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утверждённого приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 марта 2026 г. № 209н (далее - Порядок), прошу вести мою медицинскую документацию (медицинскую документацию лица, законным представителем которого я являюсь) на бумажном носителе.

Ф.И.О. _____ пациента _____ (если _____ заявитель _____ - _____ законный _____ представитель):

дата рождения, основание законного представительства

Мне разъяснено и понятно, что при отсутствии настоящего заявления медицинская документация ведётся медицинской организацией в форме электронных медицинских документов без дублирования на бумажном носителе.

Настоящее заявление действует до его письменного отзыва мной (моим законным представителем).

Дата: _____ 20____ г.

Подпись: _____

Отметка медицинской организации: заявление принято, зарегистрировано от «_» _____ 20____ г. Ф.И.О. и подпись сотрудника, принявшего заявление: _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

г. рождения, _____

зарегистрированный по адресу: _____

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

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура

в **Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»)**

Медицинским работником Гончарова Элина Владимировна, косметолог

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (~~ненужное зачеркнуть~~), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Гончарова Элина Владимировна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Дата оформления: № от «» 2026 г.

АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ
К ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № от «» 2026 г.

г. Москва

Общество с ограниченной ответственностью «Амбулаторно-клинический центр Помощь» (ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»), в лице генерального директора Барановой Марины Евгеньевны, действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик (Пациент)», с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг № от «» 2026 г.

Исполнитель оказал следующие медицинские услуги:

№	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма
	A11.01.002	Плазмолифтинг	1	10 000	10 000
					10 000

Всего оказано услуг по трансплантации собственных волос на общую сумму **10000 рублей**.

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Акт подписывается не позднее чем через 5 (пять) календарных дней после проведения операции.

Подписывая настоящий акт, Заказчик (Пациент) расход подтверждает, что на момент подписания не имеет претензий к объёму и качеству оказанных медицинских услуг.

Окончательная оценка результата проведённой операции осуществляется через 12 (двенадцать) месяцев после вмешательства, на очной консультации с врачом.

(подпись)

Исполнитель: ООО «АКЦ ПОМОЩЬ»

Юридический адрес: 115582, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Орехово-Борисово Южное, проезд Шипиловский, д. 53/2, помещ. 1А/1
ИНН 7728536872 КПП 772401001
ОГРН 1057746096924
Электронная почта: mail@akc-help.ru
Адрес осуществления медицинской деятельности: 129110, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Мещанский, Напрудный пер., д. 8, стр. 1, помещение 1/2

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00313948 от 13.06.2017 г. Срок действия: бессрочно

Выдана: Департаментом здравоохранения г. Москва, находящимся по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: +7 (495) 777-77-77

р/с 40702810001300042364
в АО «Альфа-Банк» г. Москва
к/с 30101810200000000593
БИК 044525593

Пациент

Паспорт:
Выдан:
Дата выдачи:
Дата рождения:
Код подразделения:
Адрес:

Генеральный директор _____/Баранова М.Е./ _____//