

	* The phrase “on behalf of the citizen” indicates that the agent acts as the principal’s representative and performs actions legally relevant to the principal, including for third parties, as if the principal acts on their own. According to such a model, it is not the agent, but the principal who is responsible to third parties because the agent acts upon a power of attorney and enters into legal relations with third parties directly.
Приложение 2 Договор на оказание платных медицинских услуг № _____ г. Москва «____» _____ г.	Medical Services Agreement No. _____ Moscow_____(dd.mm.yyyy)
_____ _____ (полное наименование медицинской организации) _____ (сокращенное наименование – _____), адрес места нахождения: _____ _____ _____ _____ _____ (данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего лицензирующего органа) В _____ лице _____ _____ _____ (должность, Ф.И.О.) действующего _____ на _____ основании Устава/доверенности, именуемое _____ в _____	_____ _____ (complete legal name of the healthcare organization) _____ (abbreviated name of the healthcare organization – _____), business address: _____ _____ _____ _____ _____ (document confirming the fact of entering information about the legal entity in the Unified State Register of Legal Entities, indicating the body of the state registration; number and date of registration of valid medical license, indicating the list of works (services) constituting the medical activities of the healthcare organization in accordance with the license; name, address, and phone number of the issuing licensing authority) represented _____ by _____ _____ (position, full name) acting under the Charter/ a Power of Attorney, hereinafter referred to as the “Contractor”/ “Healthcare Organization”, on the one hand,

дальнейшем «Исполнитель» / «Медицинская организация», с одной стороны, и _____ (наименование), именуемый в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, _____ (должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя) действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) в интересах несовершеннолетнего гражданина иностранного государства, именуемого в дальнейшем «Пациент», _____ в лице законного представителя, _____ (Ф.И.О., реквизиты документа, удостоверяющие личность) (на основании агентского договора от №____), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем.	and _____ (name) hereinafter referred to as the “Customer”, through _____ (full name, job position of the legal representative) who acts upon _____ (credentials) on behalf of the minor citizen of a foreign state, hereinafter referred to as the “Patient”, _____ represented by the legal representative _____, _____ (full name, identity document details) (based on the Agent-Patient Services Agreement No. ____ dd _____), on the other hand, collectively referred to as the “Parties”, concluded the following agreement (hereinafter referred to as the “Agreement”).
1. Предмет договора.	1. Subject Matter
1.1. По настоящему Договору Исполнитель на основании доверенности / агентского договора Заказчика, заключенного с Законным представителем, берет на себя обязательство оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги / Услуги), перечень и стоимость которых указаны в Приложении № 1 к Договору, дополнительные услуги / дополнительные медицинские услуги (при необходимости), а Заказчик обязуется оплатить их в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату	1.1. Under this Agreement, the Contractor, on the basis of a Power of Attorney/the Agent-Customer Services Agreement signed with the Legal Representative, undertakes to provide to the Patient with paid medical services (hereinafter referred to as “Medical Services”/ “Services”) in accordance with the medical indications. The list and cost of Medical Services and additional medical or other services (if applicable) are indicated in Appendix 1 to the Agreement, and the Customer agrees to pay them in accordance with the Contractor's Price List valid on the date of the Services, in the amount, manner

оказания Услуг, в размере, порядке и сроки, установленные Договором.	and terms established by the Agreement.
1.2. Услуги оказываются по адресу места нахождения Исполнителя и/или его филиалов: _____ _____ _____ _____ <i>указать соответствующие адреса.</i>	1.2. Services are provided at the address of the Contractor and/or its branches: _____ _____ _____ _____ <i>indicate appropriate addresses.</i>
1.3. Дата начала оказания Услуг «__» _____ 20__ г. Дата окончания оказания Услуг «__» _____ 20__ г.	1.3. Service Start date: _____ 20__ Service Ending date: _____ 20__
1.4. Перечень Услуг и расчет их стоимости, указанные в Приложении № 1 к Договору, являются предварительными и могут быть изменены с согласия Законного представителя в связи с уточнением диагноза и в процессе оказания медицинских услуг по медицинским показаниям.	1.4. The list of Services and the calculation of their cost specified in Appendix 1 to the Agreement are preliminary and may be changed with the Legal Representative's consent in case of diagnosis verification and when providing Medical Services for medical indications.
1.5. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006», согласно действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности от _____ г. № _____, выданной _____, и действующими положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи,	1.5. The Contractor delivers paid medical services in accordance with the Federal Law No. 323-FZ "On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation" dated November 21, 2011, the Order of the Government of the Russian Federation No. 736 "On Approval of the Rules for the Provision of Paid Medical Services by Healthcare Organizations, Amendments to Certain Acts of the Government of the Russian Federation and Invalidation of the Order of the Government of the Russian Federation No. 1006 dated October 4, 2012" dated May 11, 2023, valid medical license No. _____ dd _____ issued by _____, valid regulations and procedures on organizing and delivering medical services by type of care approved by the Ministry of Health of the Russian Federation that are mandatory for all healthcare organizations in the Russian Federation, as well as clinical guidelines and

утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.	care standards approved by the Ministry of Health of the Russian Federation.
1.6. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора проинформировал Законного представителя о возможности получения Пациентом соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 08.05.2025 № 631 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».	1.6. The Customer confirms that at the time of signing this Agreement they have informed the Legal Representative about the possibility of receiving by the Patient the appropriate type and volume of medical care free of charge under the State Guarantee Program for the free provision of medical care to citizens, as well as the Local State Guarantee Program for the free provision of medical care to citizens, in accordance with the Order of the Government of the Russian Federation No. 631 "On Approval of Procedure for Providing Medical Care to Foreign Citizens in the Russian Federation" dated May 8, 2025.
1.7. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что до момента начала оказания услуг Законный представитель/Пациент предоставит необходимые добровольные согласия на оказание соответствующих медицинских услуг на платной основе.	1.7. By signing this Agreement, the Customer confirms that before service start date the Legal Representative/Patient will give all necessary voluntary consents to the provision of appropriate medical services on a fee basis.
1.8. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора он и Законный представитель/Пациент ознакомлен с полной информацией об Исполнителе Услуг, с Перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензиями Исполнителя, с Положением (Правилами) об оказании платных медицинских услуг, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка (указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем), другими необходимыми локальными нормативными актами Исполнителя, представленными для ознакомления на информационных стендах	1.8. The Customer confirms that at the time of signing this Agreement the Legal Representative/Patient is acquainted with full information about the Contractor, with the List of Works (Services) constituting medical activities in accordance with the Contractor's licenses, with the Regulation (Rules) on the provision of paid medical services, the Price List, the Internal Regulations (<i>the names of documents approved by the Contractor are indicated</i>), other necessary local regulations of the Contractor, available for review on the information stands (boards) of the Contractor in a publicly accessible place and on the Contractor's official website on the Internet, as well as with the information about the

(стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ними, а также доступными для ознакомления на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет, а также ознакомлен со сведениями о лицензии Исполнителя, о квалификации специалистов Исполнителя, с информацией об особенностях оказываемых Услуг и условиях их предоставления.	Contractor's license, the qualifications of the Contractor's specialists, the details of the Services provided and the conditions for their provision.
В период действия настоящего Договора Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги только на основании подписанного Законным представителем/Пациентом информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством.	During the validity of this Agreement, the Contractor delivers paid medical services only on the grounds of Informed Voluntary Consent to Paid Medical Services signed by the Legal Representative/Patient or other mandatory informed consents given in accordance with the current Law.
1.9. Факт заключения Договора не является основанием для предоставления Пациенту платных медицинских услуг в первоочередном порядке.	1.9. The conclusion of Agreement is not a ground for providing paid medical services to the Patient prior to other individuals.
2. Права и обязанности Сторон	2. Rights and Obligations of Parties
2.1. Исполнитель обязуется:	2.1. The Contractor shall:
2.1.1. Оказывать Пациенту качественные, соответствующие требованиям, клиническим рекомендациям, нормам и стандартам, утвержденным в Российской Федерации, Услуги в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору, соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.	2.1.1. Provide the Patient with high-quality services that meet the requirements, clinical guidelines, regulations, and standards approved in the Russian Federation as per Appendix 1 to this Agreement, comply with the health care delivery procedures approved by the Ministry of Health of the Russian Federation.
2.1.2. Предоставлять Законному представителю/Пациенту и Заказчику по их требованию следующую информацию:	2.1.2. Provide upon the Legal Representative's/Patient's and Customer requests the following information:
а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг соответствующего вида;	a) on the health care delivery procedure and care standards applicable in the provision of paid medical services of the corresponding type;

б) данные о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);	b) on the specific health care provider of the corresponding paid medical service (their professional education and qualifications);
в) о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;	c) about Patient's health status, including medical examination results, diagnosis, treatment methods, associated risks, possible options and consequences of medical intervention, and expected treatment outcomes;
г) 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;	d) on medicines and medical devices used in paid medical services, including their shelf life (warranty periods) and indications (contraindications) for use;
д) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.	e) other information relevant to the subject of this Agreement.
2.1.3. Вести всю необходимую медицинскую документацию на русском языке и в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления. Исполнитель предоставляет Законному представителю/Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:	2.1.3. Keep all necessary medical records in the Russian language and in the manner prescribed by current laws of the Russian Federation, comply with the requirements for documenting and managing medical records and accounting and statistical reporting forms as well as the procedure and period for their submission, established by the legislation of the Russian Federation. The Contractor provides the Legal Representative/Patient with the following information in a convenient format upon their request:
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;	a) about Patient's health status, including medical examination results, diagnosis, treatment methods, associated risks, possible options and consequences of medical intervention, and expected treatment outcomes;
б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о	b) on medicines and medical devices used in paid medical services, including their shelf life (warranty periods) and indications

сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.	(contraindications) for use.
2.1.4. Соблюдать врачебную тайну, без разрешения Законного представителя/Пациента не передавать третьим лицам медицинскую документацию, иные сведения о Пациенте, не разглашать конфиденциальную информацию и персональные данные Пациента.	2.1.4. Maintain physician-patient privilege, not share medical records or other information about the Legal Representative/Patient with third parties without permission of the Patient, not disclose confidential information and personal data of the Patient.
2.1.5. Незамедлительно поставить в известность Законного представителя/Пациента о выявлении у него заболевания (состояния) не по профилю диагноза, в связи с которым определен перечень Услуг, а также противопоказаниях к предоставлению медицинских услуг в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Договору в связи с выявленным заболеванием.	2.1.5. Immediately inform the Legal Representative/Patient about the identification of a disease (condition) not described in the diagnosis, for which the list of Services is determined, as well as contraindications to the provision of Medical Services in accordance with Appendix 1 to this Agreement due to the newly identified disease.
2.1.6. Давать при необходимости по просьбе Законного представителя/Пациента разъяснения о ходе оказания Услуг.	2.1.6. Provide, if necessary, at the request of the Legal Representative/Patient, clarifications on the progress of the provision of the Services.
2.1.7. Предоставить для ознакомления по требованию Законного представителя/Пациента:	2.1.7. Provide upon the Legal Representative's/Patient's request the following information about:
– о наличии лицензий на осуществление медицинской деятельности; – о месте оказания услуг и режиме работы Исполнителя; – о перечне оказываемых платных медицинских услуг; – о ценах на платные медицинские услуги; – об условиях и сроке предоставления и получения платных медицинских услуг; – о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и	a) valid medical license b) place of Medical Services Provision and its working hours c) list of paid medical services provided d) prices of paid medical services provided e) conditions and period for providing and receiving paid medical services f) health professionals providing paid medical services, their professional education and qualifications g) working hours of the Contractor and health professionals providing paid medical services h) methods of health care delivery, associated

квалификации; – о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; – о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; – о порядке и объеме лечебно-диагностических медицинских услуг; – об изменении объемов лечебно-диагностических медицинских услуг в период стационарного лечения, обусловленного особенностями течения конкретного клинического случая; – 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.	risks, possible options and consequences of medical intervention, and expected outcomes i) procedure and volume of treatment and diagnostic services j) changes in volume of treatment and diagnostic services within inpatient care depending on the individual clinical case k) on medicines and medical devices used in paid medical services, including their shelf life (warranty periods) and indications (contraindications) for use.
2.1.8. Обеспечивать право Законного представителя/Пациента непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Пациента, а также предоставить копии данной документации (выписки из медицинских документов) после получения платных медицинских услуг.	2.1.8. Ensure the right of the Legal Representative/Patient to directly review the medical records reflecting their state of health, as well as provide copies (extracts) of these records at the end of paid medical service delivery.
2.1.9. Выдать по окончании оказания платной медицинской услуги Законному представителю/Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.	2.1.9. Give the Legal Representative/Patient their medical records (copies, extracts) reflecting their state of health at the end of paid medical service delivery.
2.1.10. В случае прохождения лечения Пациента в условиях стационара Исполнитель осуществляет постановку и снятие с миграционного учета Пациента в	2.1.10. Register and deregister the Patient's residence in the Russian Federation in case of providing inpatient care in accordance with the Federal Law No. 109-FZ "On Migration

соответствии с Федеральным закон от 18.07.2006 № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан или без гражданства в Российской Федерации».	Registration of Foreign Citizens and Stateless persons in the Russian Federation” dated July 18, 2006.
2.2. Исполнитель имеет право:	2.2. The Contractor has the right to:
2.2.1. Требовать от Пациента соблюдения Положения (Правил) об оказании платных медицинских услуг, Правил внутреннего распорядка (указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем), режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других локальных нормативных актов и предписаний Исполнителя, касающихся предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору.	2.2.1. Require the Patient to comply with the Regulation (Rules) on the provision of paid medical services, Internal Rules and Regulations (<i>the names of the documents approved by the Contractor are indicated</i>), medication and meal regimen, and other local regulations and the Contractor’s instructions regarding the provision of Medical Services to the Patient under this Agreement.
2.2.2. Получать от Законного представителя/Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Законным представителем/Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации либо расторгнуть Договор в одностороннем порядке, возвратив Законному представителю/Пациенту стоимость оплаченных Услуг за вычетом фактически понесенных затрат за оказанные услуги.	2.2.2. Receive from the Legal Representative/Patient any information necessary to fulfill their obligations under this Agreement. In the event of failure to provide information or provision of incomplete/incorrect information by the Legal Representative/Patient, the Contractor has the right to suspend the performance of their obligations under this Agreement until the necessary information is provided, or to terminate the Agreement unilaterally by returning to the Legal Representative/Patient the cost of the paid Services minus the costs actually incurred for the Services provided.
2.2.3. Своевременно и в полном объеме получать оплату Услуг на условиях настоящего Договора.	2.2.3. Receive payment for the Services under the terms of this Agreement in full and in a timely manner.
2.2.4. В одностороннем порядке прекратить оказание медицинских услуг и расторгнуть настоящий Договор в случае выявления у Пациента противопоказаний к оказанию медицинских услуг, предусмотренных в Приложении № 1 к Договору, имеющейся задолженности по оплате Услуг в соответствии с Договором, отказа Законного представителя/Пациента или Заказчика оплатить дополнительные услуги / дополнительные медицинские	2.2.4. Unilaterally terminate the provision of Medical Services and terminate this Agreement in the event that the Patient has contraindications to the provision of Medical Services listed in Appendix 1 to the Agreement, any arrears to pay for the Services in accordance with the Agreement, or the Legal Representative’s/Patient’s or the Customer’s refusal to pay for additional medical or other services if the provision of such additional services will be deemed

услуги в случае, если оказание таких дополнительных услуг будет признано Исполнителем необходимым, при отсутствии прямой угрозы жизни Пациента. При этом Заказчику возвращаются денежные средства, уплаченные по настоящему Договору за исключением стоимости услуг, оказанных Пациенту на дату расторжения Договора.	necessary by the Contractor, in the absence of an immediate risk of loss of the Patient's life. In this case, the Customer shall be refunded the amount paid under this Agreement minus the costs actually incurred for the Services provided to the Patient on the date of termination of the Agreement.
2.2.5. В случае невозможности оказания Услуг, возникшей по вине Пациента в связи с его действиями (бездействием), а именно в случае пребывания Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, совершения Пациентом действий, нарушающих общепринятые этические нормы поведения, а также создающие угрозу жизни и здоровью персонала или других пациентов, в иных случаях нарушения Правил внутреннего распорядка (<i>указывается наименование документа, утвержденного Исполнителем</i>), неисполнение/ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных п.п. 2.3.4 и 2.3.7 настоящего Договора, в одностороннем порядке прекратить оказание медицинских услуг и расторгнуть Договор. При этом Заказчику, Законному представителю/Пациенту не возвращаются денежные средства, уплаченные по настоящему Договору.	2.2.5. Unilaterally terminate the provision of medical services and terminate the Agreement, if the Services cannot be provided due to circumstances that arose because of Patient's actions (inactions), namely, if the Patient was in a state of substance intoxication, the Patient acted in a way that violates generally accepted ethical standards of behavior, as well as endangers life and the health of staff or other patients, in other cases of violation of the Internal Rules and Regulations (<i>the names of documents approved by the Contractor are indicated</i>), or non-fulfillment/improper fulfillment of duties stipulated by Clauses 2.3.4 and 2.3.7 of this Agreement. In this case, the Customer, the Legal Representative/Patient are not refunded the amount of money paid under this Agreement.
2.2.6. В случае возникновения неотложных состояний, угрозы жизни Пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания неотложной медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной настоящим Договором.	2.2.6. In the event of an emergency, a threat to the life of the Patient requiring urgent medical intervention, independently determine the amount of investigations necessary to establish a diagnosis, perform examination and emergency medical care, including those not provided for in this Agreement.
2.2.7. Заменить врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение согласованным врачом.	2.2.7. Change the attending physician when they objectively cannot continue providing treatment.
2.3. Заказчик обязан:	2.3. The Customer shall:
2.3.1. Оплатить Услуги Исполнителя в	2.3.1. Pay for the Services of the Contractor in

размере и порядке, указанными в разделе 3 настоящего Договора.	the amount and manner specified in Section 3 of this Agreement.
2.3.2. Предоставлять Исполнителю сведения, необходимые для качественного оказания Услуг Пациенту.	2.3.2. Provide the Contractor with information necessary for the high-quality provision of the Services to the Patient.
2.3.3. Обеспечить:	2.3.3. Ensure that:
2.3.3.1. соблюдение Законным представителем/Пациентом Положения (Правил) об оказании платных медицинских услуг, Правил внутреннего распорядка (указываются наименования документов, утвержденных Исполнителем), режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других локальных нормативных актов и предписаний Исполнителя, касающихся предоставления Пациенту медицинских услуг по настоящему Договору;	2.3.3.1. The Legal Representative/Patient complies with the Regulation (Rules) on the provision of paid medical services, Internal Rules and Regulations (<i>the names of the documents approved by the Contractor are indicated</i>), medication and meal regimen, and other local regulations and the Contractor's instructions regarding the provision of medical services to the Patient under this Agreement;
2.3.3.2. предоставление Законным представителем/Пациентом Исполнителю необходимых для оказания Услуг сведений о состоянии своего здоровья и об известных обстоятельствах, которые могут оказать негативное влияние на качество оказываемых Услуг, в том числе о перенесенных или сопутствующих заболеваниях; о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах; о переливании крови и инъекциях, полученных в других медицинских учреждениях (за определенный период); о проведенных Пациенту профилактических прививках; о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения Пациентом Услуг по настоящему Договору; о непереносимости лекарственных препаратов, физиотерапевтических воздействий; информации о прохождении и результатах лечения в других лечебно-профилактических учреждениях; иных сведений, запрошенных Исполнителем, необходимых для полного и качественного оказания Пациенту Услуг;	2.3.3.2. The Legal Representative/Patient provides the Contractor with information necessary for the provision of the Services on their current health status and known circumstances that may have a negative impact on the quality of the Services provided, including past or concomitant diseases; injuries, surgical interventions; blood transfusion and injections received in other medical institutions (during a certain period); preventive vaccinations; confirmed or possible contact with infectious patients within one calendar month prior to the start date of the Services under this Agreement; intolerance to medications or physiotherapeutic treatment; information on results of treatment received in other medical institutions; other information requested by the Contractor, necessary for the full and high-quality provision of the Services to the Patient;
2.3.3.3. выполнение Пациентом всех требований, рекомендаций и назначений	2.3.3.3. Complies with all requirements, recommendations, and directions of the

медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, а также соблюдение указания Исполнителя, предписанные на период после оказания Услуг;	Contractor's medical personnel during the entire course of treatment and follows the instructions of the Contractor prescribed for the period after the provision of Services;
2.3.3.4. своевременное информирование Законным представителем/Пациентом лечащего (дежурному) врача о любых изменениях самочувствия, осложнениях, побочных эффектах и т.п., возникших при прохождении курса лечения в процессе оказания медицинских услуг или после их выполнения;	2.3.3.4. The Legal Representative/Patient informs the attending physician (physician on duty) about any changes in health, complications, side effects, etc. that have occurred during or after the provision of medical services.
2.3.3.5. отказ Пациента на весь курс лечения от употребления табака, алкогольсодержащих, наркосодержащих, психотропных веществ (за исключением случая, если препараты, содержащие в себе такие вещества, назначены лечащим врачом);	2.3.3.5. Ceases for the entire course of treatment the use of tobacco, alcohol, narcotic drugs, and psychotropic substances (except in cases when medications containing such substances are prescribed by the attending physician).
2.3.3.6. согласовывание Пациентом с лечащим или дежурным врачом употребление (применение) любых лекарственных препаратов, в том числе лекарственных трав, мазей, и т.п. (если они не назначены лечащим врачом).	2.3.3.6. Coordinates with the attending physician or physician on duty the use of any medications, including herbs, ointments, etc. (if they are not prescribed by the attending physician).
2.3.4. Принимать Услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору, подписывать приемо-сдаточную и расчетную документацию и иные необходимые документы в связи с исполнением настоящего Договора.	2.3.4. Accept the Services provided by the Contractor under this Agreement, sign the acceptance, calculation, and billing documentation and other necessary documents in connection with the performance of this Agreement.
2.3.5. Предоставить письменное согласие на обработку Законным представителем/Пациентом персональных данных согласно Приложению № 4 к настоящему Договору.	2.3.5. Provide the Data Processing Consent signed by the Legal Representative/Patient in accordance with Appendix 4 to this Agreement.
2.3.6. Предоставить Исполнителю письменное подтверждение на русском языке Законного представителя/Пациента:	2.3.6. Provide the Contractor with the Legal Representative's/Patient's statement written in the Russian language that:
– что ему разъяснено и понятно его обязательство предоставлять Исполнителю (лечащему врачу / иному врачу-специалисту) наиболее полную и	a) they were given an explanation of and they understood their obligation to provide the Contractor (attending physician/other specialists) with the most complete and reliable

достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе перечисленную в п.п. 2.3.3.3 и 2.3.3.5 настоящего Договора. Законному представителю/Пациенту разъяснено, что лечащий врач, иной специалист при определении диагноза и индивидуальных противопоказаний к оказанию медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье Пациента; – что ему разъяснено и ему понятно, что неисполнение назначенных режима лечения, рекомендаций, указаний и назначений Исполнителя (лечащего врача, иного специалиста) может снизить качество предоставляемых Услуг, повлечь за собой невозможность завершения оказания Услуг в установленный срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента согласие.	information about their health status, including information listed in Subclauses 2.3.3.3 and 2.3.3.5 of this Agreement. The Legal Representative/Patient was given an explanation that the attending physician or other specialist, when establishing the diagnosis and individual contraindications to the provision of medical services, takes into account the abovementioned information about the Patient's health; b) they were given an explanation and they understood that failure to comply with the prescribed treatment regimen, recommendations, instructions, and directions of the Contractor (attending physician, other specialist) may reduce the quality of the Services provided, entail the inability to complete the provision of the Services on time, and/or negatively affect the Patient's health.
2.4. Подтверждение в письменном виде на русском языке от Законного представителя/Пациента, что ему разъяснены и им поняты права:	2.4. The Customer shall provide the Contractor with the written statement in the Russian language that the Legal Representative/Patient was given explanation of and understood the following rights to:
2.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, сведений о медицинских работниках, участвующих в оказании медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также расчет стоимости оказываемых услуг.	2.4.1. Require the Contractor to provide information on the medical license, health professionals providing paid medical services, their professional education and qualifications, as well as the calculation of the cost of the Services provided.
2.4.2. Требовать предоставления Услуг надлежащего качества, отвечающих требованиям, клиническим рекомендациям, нормам и стандартам, установленным законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан и условиям Договора.	2.4.2. Require the Contractor to provide Services of appropriate quality that meet the requirements, clinical guidelines, regulations, and standards established by the laws of the Russian Federation on the protection of public health and the terms of the Agreement.
2.4.3. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).	2.4.3. Choose an attending physician (subject to the physician's consent).
2.4.4. Получать от Исполнителя (лечащего врача) информацию о своих правах и обязанностях, получать для	2.4.4. Receive from the Contractor (attending physician) information on their rights and obligations; receive for review in an accessible

ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д. в порядке, установленном законодательством и Исполнителем.	and understandable form any information about their health status, treatment progress, data of interim examinations, test results, consultation protocols, etc. in a manner prescribed by law and established by the Contractor.
2.4.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и защиты персональных данных, а также выбрать лица, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.	2.4.5. Require the Contractor to maintain confidentiality about the clinical encounter, diagnosis, and health status (confidential health information), protect personal data and data, as well as choose the persons to whom information on their health status can be transmitted in the interests of the Patient.
2.4.6. В любое время отказаться от получения Услуг и получить обратно уплаченную сумму за вычетом фактически произведенных Исполнителем расходов по оказанным услугам в соответствии с условиями настоящего Договора. В этом случае предоплата на приобретение расходных материалов (<i>если необходимо, указать иное</i>) не возвращается.	2.4.6. At any time, refuse to receive the Services and get a refund of the amount paid minus the expenses actually incurred by the Contractor for the Services provided in accordance with the terms of this Agreement. In this case, the advance payment for the purchase of consumables (<i>if necessary, indicate otherwise</i>) is not refunded.
2.4.7. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.	2.4.7. Submit claims for damages caused by non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement, compensation in case of personal injury, as well as compensation for non-pecuniary damage in accordance with the law of the Russian Federation.
2.4.8. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Законного представителя/Пациента и/или лиц его сопровождающих, посетителей, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.	2.4.8. The Patient shall compensate the actual damages in full to the Contractor within three calendar days in case of loss or damage of property caused by the actions or inactions of the Legal Representative/Patient, their visitors or accompanying persons.
2.5. Заказчик предоставляет Исполнителю письменное подтверждение на русском языке, что Законный представитель/Пациент соглашается с тем,	2.5 The Customer shall provide the Contractor with the written statement in the Russian language that the Legal Representative/Patient

что:	agrees that:
2.5.1 Если в ходе операции возникнет состояние, требующее в интересах Пациента расширения объема оперативного вмешательства, и(или) изменения метода обезболивания, а Пациент не в состоянии выразить свою волю, такое вмешательство проводится по решению врачей Исполнителя.	2.5.1. The Contractor's physicians decide whether to increase the volume of surgical intervention and/or to change the method of anesthesia if a health condition occurs during surgery and the Patient isn't able to express their will.
2.5.2. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.	2.5.2. Additional services for urgent medical indications are provided without charge for eliminating the threat to the Patient's life associated with sudden acute conditions or illnesses, or exacerbations of chronic diseases, in accordance with current laws of the Russian Federation.
3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты	3. Cost of Services, Payment Terms and Procedure
3.1. Стоимость Услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 1.1 настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, с которым Заказчик и Законный представитель/Пациент ознакомлены, и составляет: _____ (_____) рублей ____ коп. НДС не облагается на основании п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса РФ.	3.1. Cost of the Services provided to the Patient under Clause 1.1 of this Agreement is determined according to the current Price List approved by the Contractor that the Customer and the Legal Representative/Patient are acquainted with, and amounts to: _____ (_____) rubles ____ kopecks, exempt from VAT in accordance with Part 2, Article 149, Clause 2 of the Tax Code of the Russian Federation.
3.2. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях.	3.2. Settlements of accounts between the Parties are made in rubles.
3.3. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты в течение ____ дней с момента подписания настоящего Договора, но до начала оказания Услуг безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя). Стоимость услуг банка при переводе средств на счет Исполнителя оплачивается Заказчиком самостоятельно.	3.3. Payment for the Services is made by the Customer with a 100% advance within ____ days from the date of signing of this Agreement, but before the start of the provision of the Services, by an electronic funds transfer to the Contractor's current account (or in cash to the Contractor's cash desk). The cost of bank services when transferring funds to the Contractor's account is paid by the Customer.
3.4. Оплата производится Заказчиком	3.4. Payment is made by the Customer as

на основании счета, выставяемого Исполнителем. Обязанность Заказчика по оплате стоимости Услуг в безналичной форме считается исполненной с момента зачисления соответствующих сумм денежных средств на счет Исполнителя.	billed by the Contractor. The obligation of the Patient to pay for the cost of the Services by means of an electronic funds transfer is considered fulfilled from the moment the indicated amount is credited to the account of the Contractor.
В случае изменения объема оказания услуг стоимость платных медицинских услуг подлежит изменению путем подписания Сторонами Дополнительного соглашения к настоящему Договору. Стоимость определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения дополнительного соглашения.	In case of changes in volume of Medical Services, the cost of paid medical services is updated through the conclusion of Additional Agreement to this Agreement. The cost is determined according to the Price List valid for the date of conclusion of Additional Agreement.
3.5. Окончательный расчет за фактически оказанные услуги в рамках настоящего Договора производится в день выписки Пациента на основании калькуляции предоставленных услуг. Исполнитель представляет Заказчику и Законному представителю/Пациенту Акт об оказанных услугах (далее – Акт) по настоящему Договору, форма которого согласована Сторонами в Приложении № 2 к настоящему Договору. Акт подписывают Исполнитель, Заказчик и Законный представитель/Пациент и является подтверждением оказания Услуг Исполнителем Пациенту. В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика и/или Законного представителя/Пациента от подписания Акта Исполнитель вправе составить односторонний Акт. Услуги, указанные в данном Акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Заказчиком без замечаний и подлежат оплате в соответствии с условиями Договора.	3.5. Final payment for the Services rendered under this Agreement is made on the day of discharge of the Patient based on the calculation of the Services provided. The Contractor submits to the Customer and the Legal Representative/Patient an Act of Delivery and Acceptance of Services (hereinafter referred to as the Act) under this Agreement, the form of which is agreed by the Parties in Appendix 2 to this Agreement. The Act is signed by the Contractor, the Customer and the Legal Representative/Patient and is a confirmation of the provision of Services by the Contractor to the Patient. In case of evasion or unmotivated refusal of the Customer and (or) the Legal Representative/Patient to sign the Act, the Contractor has the right to draw up a unilateral Act. The Services specified in this Act are considered provided by the Contractor and accepted by the Customer without complaint and are subject to payment in accordance with the terms of the Agreement.
3.6. Возврат денежных средств в соответствии с п. 6.3 настоящего Договора осуществляется после предоставления Заказчиком Исполнителю заявления установленного образца (<i>форма разрабатывается Исполнителем</i>) и оригинала платежного документа по внесению оплаты за Услуги. При возврате денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в размерах, установленных настоящим Договором, безналичным платежом на счет в	3.6. According to Clause 6.3 of this Agreement, refund is made after the Customer submits to the Contractor a standard application form (<i>the form is developed by the Contractor</i>) and the original payment receipt for the Services. In case of a refund, the Contractor shall return to the Customer funds in the amounts established by this Agreement by an electronic funds transfer to the Russian bank account indicated in the application of the Customer within _____ (_____) calendar days from the receipt of the

российском банке, указанный в письменном заявлении Заказчика в течение ____ (_____) календарных дней с момента получения письменного заявления.	application.
3.7. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.	3.7. When providing paid medical services to citizens of foreign states (nonresidents), the Contractor ensures the transfer of data about medical care delivery to nonresidents in accordance with the Decrees of the Central Bank of the Russian Federation.
4. Порядок оказания Услуг	4. Procedure of Service Provision
4.1. Непосредственным получателем медицинских услуг по настоящему договору является Пациент.	4.1. According to this Agreement, the Patient is the direct recipient of Medical Services.
4.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя/Пациента, данного им в порядке, установленном действующим законодательством.	4.2. Medical Services are provided with the Informed Voluntary Consent of the Legal Representative/Patient, given in the manner established by the current law.
4.3. Настоящий Договор заключается при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя/Пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе. При проведении различных манипуляций (диагностических, лечебных, инструментальных, лабораторных исследований и пр.) и иных медицинских вмешательств на каждое из них Пациент подписывает добровольное информированное согласие.	4.3. This Agreement is concluded on the basis of the Informed Voluntary Consent of the Legal Representative/Patient for the provision of paid medical services. For various procedures (diagnostics, treatment, investigations, laboratory tests, etc.) and other medical interventions, the Patient signs an Informed Voluntary Consent for each of them.
4.4. Перед подписанием настоящего Договора, оказанием медицинской услуги (медицинского вмешательства) Заказчик предоставляет Исполнителю письменное подтверждение на русском языке, что Законному представителю/Пациенту разъяснены и поняты его права и обязанности, информация о его состоянии здоровья и диагнозе, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых	4.4. Before signing this Agreement and providing a Medical Service (medical intervention), the Customer provides the Contractor with the written statement in the Russian language that the Legal Representative/Patient was given explanation of and understood their rights and obligations, health condition and diagnosis, the aims and methods of medical care delivery, associated risks, possible options for medical intervention, its consequences, as well as expected outcomes. After reviewing the above information, the Legal Representative/Patient

результатах оказания медицинской помощи. Законный представитель/Пациент после ознакомления с перечисленной выше информацией личной подписью заверяет информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство по форме Исполнителя, являющееся предварительным условием оказания медицинских услуг по Договору.	signs an Informed Voluntary Consent to medical intervention (standard form drafted by the Contractor). The Patient's signature certifies the Patient's Informed Voluntary Consent to medical intervention, which is a prerequisite for the provision of Medical Services under this Agreement.
4.5. Пописанные Законным представителем/Пациентом информированные добровольные согласия являются неотъемлемой частью индивидуальной медицинской карты Пациента (карты стационарного больного).	4.5. The Informed Voluntary Consent signed by the Legal Representative/Patient is an integral part of the Patient's medical record (inpatient record).
4.6. В случае отказа Законного представителя/Пациента от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании соответствующих медицинских услуг.	4.6. If the Legal Representative/Patient refuses to sign an Informed Voluntary Consent to medical intervention, the Contractor has the right to refuse to provide the appropriate Medical Services to the Patient.
4.7. Законный представитель/Пациент вправе письменно отказать от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения в любое время в ходе оказания Услуг, за исключением случаев, если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители. При отказе от медицинского вмешательства Пациенту в доступной для него форме разъясняются возможные последствия такого отказа.	4.7. The Legal Representative/Patient has the right to refuse medical intervention in writing or to demand its termination at any time during the provision of the Services, unless the medical intervention is necessary due to urgent indications to eliminate the threat to the Patient's life and if their condition does not allow them to express their will or there are no legal representatives. In case of refusal of medical intervention, the Patient is explained in a form accessible to them the possible consequences of such refusal.
4.8. В целях обработки персональных данных Законного представителя/Пациента в составе медицинской и иной документации Исполнителя, обеспечения автоматизированного ведения и хранения медицинской и иной документации в электронной форме, в том числе карты стационарного больного, Пациент при заключении настоящего Договора подписывает Согласие на передачу и обработку персональных данных (по установленной форме в Приложение № 4).	4.8. In order to process the Legal Representative's/Patient's personal data as part of the Contractor's medical and other records, to ensure automated electronic management and storage of medical and other records, including an inpatient record, the Patient signs the Data Processing Consent as in Appendix 4 of this Agreement, upon execution of this Agreement.

4.9. В день прибытия Пациента на стационарное лечение Исполнитель открывает и оформляет в соответствии с требованиями действующего законодательства медицинскую карту стационарного больного (далее – медицинская карта), в которую заносятся результаты осмотра Пациента, предварительный диагноз и план лечения, перечень Услуг, за получением которых обратился Пациент, информация и сведения, предоставленные Законным представителем/Пациентом в соответствии с п. 2.3.3.2 настоящего Договора, рекомендованные Пациенту лечащим врачом обследования, консультации врачей, профилактические, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции. В медицинской карте Пациента указываются также все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Законным представителем/Пациентом вариант.	4.9. On the day of the Patient’s admission for inpatient treatment, the Contractor clerks and files, in accordance with the requirements of the current law, an inpatient medical record (hereinafter referred to as the “Medical Record”) which contains the Patient’s medical examination results, preliminary diagnosis and treatment plan, a list of Services the Patient applied for, information and data provided by the Legal Representative/Patient in accordance with Clause 2.3.3.2 of this Agreement, examinations recommended by the attending physician, consultations of specialists, and preventive, diagnostic and therapeutic procedures. The Patient’s Medical Record also indicates all requests and complaints of the Patient, diagnosis, proposed treatment options, and the option chosen by the Legal Representative/Patient.
4.10. Медицинская карта Пациента является собственностью Исполнителя, ведется и хранится у Исполнителя в соответствии с требованиями действующего законодательства.	4.10. Patient’s Medical Record is the property of the Contractor, managed and stored by the Contractor in accordance with the requirements of applicable law.
4.11. Если в процессе оказания Услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то такие услуги оказываются только после получения письменного согласия Законного представителя/Пациента. Отказ Законного представителя/Пациента от получения дополнительных услуг также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Пациента, Исполнитель имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, возвратив Заказчику стоимость оплаченных Услуг за вычетом фактически понесенных затрат за оказанные услуги.	4.11. If during the provision of the Services it is necessary to change the treatment plan and provide additional services, such services are rendered only after receiving the written consent of the Legal Representative/Patient. The Legal Representative’s/Patient’s refusal to receive additional services is also executed in writing, and the Patient shall be explained the consequences of such refusal. In the event that the Contractor concludes that without the provision of additional services, the provision of Medical Services under this Agreement is impossible or leads to significant negative consequences for the Patient, the Contractor has the right to terminate this Agreement unilaterally, returning to the Legal Representative the cost of the Services paid minus the costs actually incurred for the Services rendered.
Предоставление Исполнителем	Additional medical services shall be provided

дополнительных медицинских услуг оформляется дополнительным соглашением (Приложение № 3 к настоящему Договору) Сторон и оплачивается дополнительно в порядке, установленном в разделе 3 настоящего Договора.	by concluding an Additional Agreement (Appendix 3 to this Agreement) by the Parties and shall be paid additionally in accordance with the procedure established in Section 3 of this Agreement.
4.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».	4.12. In case the provision of paid medical services requires the provision of additional medical services due to emergency indications to eliminate the threat to the Patient's life in case of sudden acute diseases or conditions or exacerbations of chronic diseases, such medical services are provided without charge in accordance with Federal Law No. 323-FZ dated November 21, 2011 "On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation".
4.13. Исполнитель гарантирует неразглашение передаваемых Законным представителем, Пациентом сведений, составляющих врачебную тайну, информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, его диагнозе и иных данных, полученных при его обследовании и лечении. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Законного представителя/Пациента допускается в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.	4.13. The Contractor guarantees non-disclosure of Legal Representative's and Patient's confidential health information, clinical encounter, health status, diagnosis, and other data obtained during the examination and treatment. Provision of confidential health information without the consent of the Legal Representative/Patient is allowed in cases established by the law of the Russian Federation.
5. Ответственность сторон	5. Liability of the Parties
5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.	5.1. In the event of non-fulfillment or improper fulfillment of the terms of the Agreement, the Parties are liable in accordance with the law of the Russian Federation.
5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Законным представителем/Пациентом условий	5.2. The Contractor is exempted from liability for partial or complete failure to fulfill obligations under this Agreement, if it is proven that the cause of such non-fulfillment (improper fulfillment) was a violation of this Agreement by the Legal Representative/Patient.

настоящего Договора.	
5.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не мог оказать Услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Законного представителя/Пациента, и иных лиц, указанных в настоящем Договоре, а также в случае причинения Пациентом ущерба имуществу Исполнителя.	5.3. The Customer shall fully compensate any losses incurred if the Contractor could not render Medical Services or was obliged to terminate their provision for reasons attributable to the Legal Representative/Patient and third parties specified in the present Agreement, as well as in the event of the Contractor's property being damaged by the Patient.
5.4. Исполнитель / лечащий врач / иной специалист не несет ответственности перед Пациентом в следующих случаях: если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, однако ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что современный уровень развития медицины не является гарантией положительного результата; если наступили предусмотренные и указанные в информированном добровольном согласии Законного представителя/Пациента на медицинское вмешательство возможные побочные эффекты (осложнения), соответствующие характеру и объему медицинской услуги, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента; если в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, особенностями течения конкретного заболевания и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и лечения, но Пациент не выполнил соответствующие назначения; наличия непрогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты и т.п.; в случае нарушения Пациентом требований, указанных в п. 2.3.3.3, 2.3.3.5, 2.3.3.6 настоящего Договора; предоставления Законным представителем/Пациентом Исполнителю (лечащему врачу) неполной и/или недостоверной информации о состоянии своего здоровья, в иных случаях, предусмотренных действующим	5.4. The Contractor/attending physician/other specialist is not liable to the Patient in the following cases: if medical care is provided in accordance with all necessary requirements, nevertheless the expected outcome was not achieved due to the fact that the current level of medical care development does not guarantee a positive outcome; if the side effects (complications) stipulated and indicated in the Informed Voluntary Consent of the Legal Representative/Patient for medical intervention occur, corresponding to the nature and scope of the Medical Service, including those complications and other side effects of the medical intervention that arose as a result of the biological characteristics of the Patient's body; if additional diagnostic and treatment procedures were prescribed to the Patient due to the needs of the diagnostic and treatment process, specifics of disease progression and/or possible side-effects prevention, but the Patient did not comply with provided instructions; if there are unpredictable individual reactions to the medication etc.; if the Patient violates the requirements specified in Clauses 2.3.3.3, 2.3.3.5, 2.3.3.6 of this Agreement; if the Legal Representative/Patient provides the Contractor (attending physician) with incomplete and/or inaccurate information about their health status; and in other cases governed by the law of the Russian Federation.

законодательством Российской Федерации.	
5.5. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств (форс-мажор).	5.5. The Parties are exempted from liability for partial or complete failure to fulfill obligations under this Agreement if it was the result of force majeure circumstances, namely extraordinary and unavoidable circumstances.
При возникновении обстоятельств (форс-мажор), которые делают полностью или частично невозможным исполнение обязательств по настоящему Договору одной из Сторон, а именно пожар, стихийное бедствие, война, военные действия всех видов, изменение законодательства, забастовки и иные подобные обстоятельства, которые находятся вне воли Сторон, срок выполнения Стороной обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства и их последствия.	Under these circumstances (force majeure), which make complete or partial fulfillment of obligations under this Agreement impossible, including fires, natural disasters, war, military operations of all kinds, changes in legislation, strikes, and other similar circumstances that are beyond the Parties, then the term for fulfillment of obligations under this Agreement shall be extended in proportion to the time during which the force majeure circumstances and their consequences acted.
Если наступившие обстоятельства и их последствия продолжают действовать более ____ (____), Стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения или расторжения настоящего Договора.	If the circumstances and their consequences last more than _____ (____), the Parties shall agree on acceptable alternative methods of fulfillment or termination of this Agreement.
6. Прочие условия	6. Miscellaneous
6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору. Вариант: указывается конкретный срок, например один календарный год.	6.1. The Agreement shall enter into force on the day of its signing by the Parties and shall be valid until the proper fulfillment of their obligations under the Agreement. <i>Option: the term of the Agreement is indicated, for example, one calendar year.</i>
6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.	6.2. All changes and amendments to this Agreement shall be valid only if they are made in writing and signed by authorized representatives of the Parties.
6.3. Заказчик имеет право расторгнуть в одностороннем порядке Договор и	6.3. The Customer has the right to unilaterally terminate the Agreement and cease relations

прекратить отношения с Исполнителем в любое время, оплатив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы если на момент такого расторжения возможно прекратить оказание Услуг Пациенту и оформить необходимую медицинскую документацию.	with the Contractor at any time by paying the Contractor the expenses actually incurred by the Contractor if at the time of such termination it is possible to discontinue the provision of Services to the Patient and to complete the necessary medical documentation.
6.4. Расторжение или изменение условий настоящего Договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным Договором и законодательством Российской Федерации.	6.4. Termination or amendment of the terms of this Agreement is possible on other grounds provided by the Agreement and the law of the Russian Federation.
6.5. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, в случае недостижения Сторонами согласия в месячный срок с момента получения письменной претензии Стороны спор разрешается в судебном порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, в _____ (наименование суда) суде города Москвы.	6.5. All disputes and disagreements under this Agreement shall be settled pre-trial by negotiation; if the Parties fail to reach an agreement within one month from the moment of receiving a written claim of the other Party, the dispute shall be settled in _____ (name of Court of Moscow) in accordance with the legislation of the Russian Federation.
Мотивированные претензии могут быть предъявлены Стороной в срок не более 5 (пяти) рабочих дней со дня нарушения другой Стороной своих обязательств по настоящему Договору.	Motivated claims may be brought by the Party within a period not exceeding 5 (five) workdays from the day the other Party breaches its obligations under this Agreement.
В случае оказания Исполнителем медицинской услуги ненадлежащего качества претензии должны быть заявлены Законным представителем/Пациентом не позднее ____ (_____) календарных дней с даты окончания оказания медицинской услуги, не позднее ____ (_____) календарных дней с даты обнаружения несоответствия качества оказанной медицинской услуги условиям Договора, если данное несоответствие не могло быть обнаружено в течение ____ (_____) календарных дней с даты окончания оказания медицинской услуги.	If the Contractor provides Medical Services of inadequate quality, the claims must be submitted by the Legal Representative/Patient no later than ____ (_____) calendar days from the date of the provision of said Medical Services, no later than ____ (_____) calendar days from the date of detection of the inadequate quality of Medical Services provided to the terms of the Agreement, if this substandard could not be detected within ____ (_____) calendar days from the ending date of the Medical Services provision.
6.6. Все дополнительные соглашения, Акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами и Законным представителем/Пациентом в процессе исполнения Договора, являются	6.6. All Additional Agreements, Acts and other appendices to this Agreement, signed by the Parties and the Legal Representative/Patient in the process of execution of the Agreement, are

его неотъемлемой частью.	considered an integral part of the Agreement.
6.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон и 1 экземпляр для Законного представителя/Пациента.	6.7. This Agreement is executed in 2 (two) copies, each having equal legal force, one for each of the Parties and the Legal Representative/Patient.
6.8. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.	6.8. All other matters not covered by the present Agreement shall be governed by the current law of the Russian Federation.
6.9. Приложения: Приложение № 1. Перечень предоставляемых платных услуг; Приложение № 2. Форма Акта об оказанных услугах; Приложение № 3. Форма Дополнительного соглашения № _____ к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Приложение № 4. Согласие на обработку персональных данных.	6.9. The Agreement has the following Appendices: Appendix 1. List of Paid Medical Services Appendix 2. Act of Delivery and Acceptance of Services Appendix 3. Additional Agreement No. _____ to Medical Services Agreement No. _____ dd _____ Appendix 4. Data Processing Consent
Законный представитель/Пациент разрешает Исполнителю предоставлять сведения о факте своего обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, следующим лицам: _____ _____	The Legal Representative/Patient permits the Contractor to provide information about their clinical encounter, health status, diagnosis, and other data obtained during the examination and treatment to the following persons: _____ _____
Договор _____ Законным представителем/Пациентом прочитан, содержание договора _____ Законному представителю/Пациенту понятно*. _____ (подпись Законного представителя/Пациента)	The Legal Representative/Patient has read the Agreement and has understood its contents.* _____ (Legal Representative/Patient Signature)
7. Адреса и реквизиты Сторон	7. Addresses, banking details and signatures of the Parties
ИСПОЛНИТЕЛЬ	CONTRACTOR

Наименование Адрес: Телефон: Факс: Адрес электронной почты: ОГРН ИНН КПП Банковские реквизиты: Должность _____ (Ф.И.О.) М.П.	Name Address: Phone: Fax: E-mail: OGRN INN KPP Banking details: Position _____ (Full name) L.S.
ЗАКАЗЧИК Ф.И.О Данные документа, удостоверяющего личность _____ Адрес регистрации: _____ Адрес проживания: _____ Телефон: _____ СНИЛС Адрес электронной почты: Подпись _____ (Ф.И.О.) М.П.	CUSTOMER Full name Identity Document details _____ Registered address: _____ Residential address: _____ Phone: _____ Individual insurance account number (if applicable) _____ E-mail: _____ Signature _____ (Full name) L.S.
Русским языком владею, в переводе Договора, включая Приложения, не нуждаюсь.	I speak Russian; I do not require a translation of the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, including Appendices.
Русским языком не владею. Договор зачитан на ____ __ __ языке переводчиком	I don't speak Russian; the Medical Services Agreement No. _____ dd _____ has

(Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____ _____ _____ (копия диплома переводчика прилагается)*. С Договором ознакомлен. С условиями Договора согласен. Подпись _____ Законный представитель/Пациент	been read aloud to me in the _____ (language) by the translator _____ _____, (translator's full name, identity document details, education certificate details) accompanied by a copy of the translator's education certificate.* I have read the Medical Services Agreement and accept the terms of this Agreement. Signature _____ Legal Representative/Patient
Экземпляр Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г., включая Приложения, на руки получил(-а). Подпись _____ Законный представитель/Пациент	I received a copy of the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, including Appendices. Signature _____ Legal Representative/Patient
* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Законным представителем/Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).	*If a bilingual version of the Agreement is necessary, the fee for translation shall be covered by the Legal Representative/Patient (within the terms of the Agent-Patient Services Agreement).

Приложение № 1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г.	Appendix 1 to Medical Services Agreement No. _____ dd _____
Перечень предоставляемых платных услуг	List of Paid Medical Services
г. _____ Москва «___» _____ г.	Moscow _____ (dd.mm.yyyy)
В соответствии с п. 1.1 Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. Исполнитель _____ и Законный	In accordance with Clause 1.1 of the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, the Contractor _____ and Legal Representative/Patient agreed on the following

представитель/Пациент следующий перечень услуг, оказываемых Пациенту	согласовали list of Services provided to the Patient:
--	--

Код услуги/ Code of Service	Наименование услуги / Name of Service	Цена услуги, руб./ Price of Service, rub	Количество услуг /Quantity of Services	Стоимость услуг, руб./ Cost of Service, rub	Примечание/ Additional information
...					

Итого: _____ (_____) рублей ____ коп. /

Total: _____ (_____) rubles ____ kopecks

Подписи Сторон:

Исполнитель
представитель/Пациент

Законный

_____/Ф.И.О./

_____/Ф.И.О./

М.П.

Signatures of the Parties

Contractor

Legal Representative/Patient

_____ (Full name)

_____ (Full name)

L.S.

Приложение № 2 к Договору на оказание платных медицинских услуг	Appendix 2 to Medical Services Agreement No. _____ dd _____
---	---

№ _____ от «__» _____ г.	
Акт об оказанных услугах	Act of Delivery and Acceptance of Services
г. Москва	Moscow
«__» _____ г.	_____ (dd.mm.yyyy)
_____	_____
_____	_____
(полное наименование медицинской организации)	(complete legal name of the healthcare organization)
(сокращенное наименование _____),	(abbreviated name of the healthcare organization _____)
адрес _____ места нахождения:	business _____ address:
_____	_____
_____	_____
в _____ лице	represented _____ by
_____	_____
_____	_____
(должность, Ф.И.О.)	(position, full name)
действующего на основании Устава/доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, «Заказчик», в лице _____	acting under the Power of Attorney/Charter, hereinafter referred to as the “Contractor”, on the one hand, and the “Customer”, represented by _____
_____	_____
(должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя)	(position, full name of the authorized representative)
действующий _____ на основании _____	acting under _____
_____	_____
(документ, подтверждающий полномочия)	(credentials)
в интересах несовершеннолетнего гражданина иностранного государства, именуемого в дальнейшем «Пациент», на основании агентского договора от _____ № _____, подписанного с Законным представителем (гражданином (-кой) иностранного _____ государства)	on behalf of the minor citizen of a foreign state, hereinafter referred to as the “Patient”, based on the Agent-Patient Services Agreement No. _____ signed with the Legal Representative (citizen of a foreign state) _____
_____	_____
(Фамилия Имя Отчество (если имеется))	(full name)
именуемый(-ые), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:	on the other hand, collectively referred to as the “Parties”, concluded the following Act:

1. В период с _____ по _____ Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г. (далее – Договор) оказал, а Законный представитель/Пациент принял следующие Услуги.	1. From _____ to _____, the Contractor, in accordance with the Medical Services Agreement No. _____ dd _____ (hereinafter referred to as the “Agreement”), provided and the Legal Representative/Patient accepted the following Services:
---	---

Код услуги/ Code of Service	Наименование услуги / Name of Service	Цена услуги, руб./ Price of Service, rub	Количество услуг /Quantity of Services	Стоимость услуг, руб./ Cost of Service, rub	Примечание/ Additional information
...					

2. Всего Исполнитель оказал, а Заказчик оплатил Услуги по настоящему Договору на общую сумму _____ (_____) рублей ____ коп. НДС не облагается на основании п.п. 2 п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.	2. In total, the Contractor provided and the Customer paid for the Services under this Agreement the total amount of: _____ (_____) rubles ____ kopecks. Exempt from VAT in accordance with Part 2, Article 149, Clause 2, Subclause 2 of the Tax Code of the Russian Federation.
Вариант: (в случае если Услуги оплачены не полностью): Подлежит оплате стоимость Услуг в размере _____ (_____) рублей ____ коп. в течение _____	Option: (in case the Services are not fully paid): The cost of the Services in the amount of _____ (_____) rubles ____ kopecks is payable within _____.
Вариант: Подлежит возврату стоимость неоказанных Услуг в размере _____ (_____) рублей ____ коп. в течение _____ на счет, указанный в заявлении Законного представителя/Пациента.	Option: The cost of Services not rendered in the amount of _____ (_____) rubles ____ kopecks is subject to refund within _____ to the account indicated in the Legal Representative’s/Patient’s application.
3. Оказанные услуги соответствуют требованиям, установленным условиями Договора.	3. Services provided comply with the requirements established by the terms of the Agreement

4. Мною _____ (Ф.И.О. _____ Законного представителя/Пациента) получены все документы, предусмотренные условиями Договора: выписки из медицинской карты, результаты диагностических исследований (перечислить иное).	4. I, _____ (Legal Representative's/Patient's full name) received all the documents established by the terms of the Agreement: summaries of medical records, results of diagnostic tests (list otherwise).
5. К объемам, видам, качеству и срокам оказанных Исполнителем платных медицинских услуг, использованным лекарственным средствам и материалам претензий не имею _____ (Ф.И.О. _____ Законный представитель/Пациента).	5. I, _____ (Legal Representative's/Patient's full name) have no claims about the volume, type, quality, and terms of the paid medical services rendered by the Contractor, used medicines and materials.
6. Настоящий акт является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ г., составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.	6. This Acts is an integral part of the Medical Service Agreement No. _____ dd _____ and is executed in 2 (two) copies, each having equal legal force, one for each of the Parties.
Акт _____ Законным представителем/Пациентом прочитан, содержание Акта _____ Законному представителю/Пациенту понятно. _____ (подпись Пациента)	The Legal Representative/Patient has read the Act and has understood its contents. _____ (Patient Signature)
ИСПОЛНИТЕЛЬ Наименование _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Адрес электронной почты: _____ ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____ Банковские реквизиты: _____ Должность _____ _____ (Ф.И.О.)	CONTRACTOR Name _____ Address _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____ OGRN _____ INN _____ KPP _____ Banking details _____ Position _____ _____ (Full name)

М.П.	L.S.
Законный представитель/ПАЦИЕНТ	Legal representative/PATIENT
Ф.И.О	Full name
Данные документа, удостоверяющего личность _____	Identity Document details _____
Адрес регистрации: _____	Registered address _____
Адрес проживания: _____	Residential address _____
Телефон: _____	Phone _____
СНИЛС	Individual insurance account number
Адрес электронной почты:	(if applicable) _____
	E-mail _____
Подпись _____ (Ф.И.О.)	Signature _____ (Full name)
ЗАКАЗЧИК	CUSTOMER
Наименование	Name
Адрес:	Address
Телефон:	Phone
Факс:	Fax
Адрес электронной почты:	E-mail
ОГРН	OGRN
ИНН КПП	INN
Банковские реквизиты:	KPP
	Banking details
Должность	Position
_____ (Ф.И.О.)	_____ (Full name)
М.П.	L.S.

Исполнитель

_____/Ф.И.О./

Пациент

_____/Ф.И.О./

М.П.

Contractor

Patient

_____ (Full name)

_____ (Full name)

L.S.

Русским языком владею, в переводе Акта об оказанных услугах от «___» _____ г. не нуждаюсь.	I speak Russian; I do not require a translation of the Act of Delivery and Acceptance of Services No. _____ dd _____.
Русским языком не владею. Акт зачитан ___ на ___ языке переводчиком (Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____ _____ (копия диплома переводчика прилагается)*.	I don't speak Russian; the Act of Delivery and Acceptance of Services No. _____ dd _____ has been read aloud to me in the _____ (language) by the translator _____ _____ (translator's full name, identity document details, education certificate details) accompanied by a copy of the translator's education certificate.
С Актом об оказанных услугах от «___» _____ г. ознакомлен, претензий к качеству и объему выполненных Услуг не имею*. Подпись _____ Законный представитель/Пациент	I have read the Act of Delivery and Acceptance of Services No. _____ dd _____ and have no claims about the volume and quality of the paid medical services rendered.* Signature _____ Legal Representative/Patient
* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).	*If a bilingual version of the Agreement is necessary, the fee for translation shall be covered by the Patient (within the terms of the Agent-Patient Services Agreement).
Экземпляр Акта об оказанных услугах от «___» _____ г. на руки получил(-а). Законный представитель/Подпись Пациент _____	I received a copy of the Act of Delivery and Acceptance of Services No. _____ dd _____. Legal Representative/Signature Patient _____

Приложение № 3 к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ г.	Appendix 3 to Medical Services Agreement No. _____ dd _____
Дополнительное соглашение № _____ к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «____» _____ г.	Additional Agreement No. _____ to Medical Services Agreement No. _____ dd _____
г. Москва «____» _____ г.	Moscow _____ (dd.mm.yyyy)
_____ _____ (полное наименование медицинской организации) _____ (сокращенное наименование _____), адрес _____ места нахождения: _____ _____ _____ _____ _____ (данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию; номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа) В _____ лице _____ _____ (должность, Ф.И.О.) действующего _____ на _____ основании	_____ _____ (complete legal name of the healthcare organization) _____ (abbreviated name of the healthcare organization _____), business _____ address: _____ _____ _____ _____ _____ (document confirming the fact of entering information about the legal entity in the Unified State Register of Legal Entities, indicating the body of the state registration; number and date of registration of valid medical license, indicating the list of works (services) constituting the medical activities of the healthcare organization in accordance with the license; name, address, and phone number of the issuing licensing authority) represented _____ by _____ _____ (position, full name)

Устава/доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» / «Медицинская организация», с одной стороны, и _____ (наименование), именуемый(-ая) в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, (должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя), действующий на основании _____ (документ, подтверждающий полномочия) в интересах несовершеннолетнего гражданина иностранного государства именуемого в дальнейшем «Пациент», _____ в лице законного представителя _____ _____ (Ф.И.О., реквизиты документа, удостоверяющие личность), (на основании агентского договора от № _____), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем.	acting under the Charter/ a Power of Attorney, hereinafter referred to as the “Contractor”/ “Healthcare Organization”, on the one hand, and _____ (name) hereinafter referred to as the “Customer”, through _____ (full name, job position of the legal representative) who acts upon _____ (credentials) on behalf of the minor citizen of a foreign state, hereinafter referred to as the “Patient”, _____, represented by the Legal Representative _____ (full name, identity document details) (based on the Agent-Patient Services Agreement No. _____), on the other hand, collectively referred to as the “Parties”, concluded the following Additional Agreement (hereinafter referred to as the “Additional Agreement”)
1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие дополнительные услуги (далее – Услуги) по Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ Г.	1. The Contractor undertakes to provide the Patient with the following additional services (hereinafter referred to as the “Services”) under the Medical Services Agreement No. _____ dd _____:

Код услуги/ Code of	Наименование услуги / Name of Service	Цена услуги, руб./ Price of Service,	Количество услуг /Quantity of Services	Стоимость услуг, руб./ Cost of Service,	Примечание/ Additional information
------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--	---	---------------------------------------

Service		rub		rub	
...					

Итого: _____ (_____) рублей _____ коп. НДС не облагается на основании п.п. 2 п. 2 ст. 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.	Total: _____ (_____) rubles _____ kopecks. Exempt from VAT in accordance with Part 2, Article 149, Clause 2, Subclause 2 of the Tax Code of the Russian Federation.
Заказчик обязуется оплатить Услуги в порядке, установленном Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ Г.	The Customer shall pay for the Services in the manner prescribed by the Medical Services Agreement No. _____ dd _____.
2. Оплата дополнительных Услуг осуществляется Заказчиком (с согласия Исполнителя третьим лицом) в порядке 100% предоплаты в течение _____ со дня подписания настоящего Дополнительного соглашения безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя (или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя).	2. Payment for additional Services is made by the Customer (with the consent of the Contractor by a third party) with a 100% advance within _____ from the date of signing of this Additional Agreement by means of an electronic funds transfer to the Contractor's current account (or in cash to the Contractor's cash desk).
3. _____ (иное)	3. _____ (other)
4. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами, является неотъемлемой частью Договора № _____ от «___» _____ Г.	4. The Additional Agreement shall enter into force on the date of signature by both Parties and is an integral part of the Medical Services Agreement No. _____ dd _____.
5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим дополнительным соглашением, Стороны руководствуются условиями Договора № _____ от «___» _____ Г.	5. All other matters not covered by the present Agreement shall be governed by the terms of the Medical Services Agreement No. _____ dd _____.
6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.	6. The Additional Agreement is executed in 2 (two) copies, each having equal legal force, one for each of the Parties.
Дополнительное соглашение	The Legal Representative/Patient has read the

Законным представителем/Пациентом прочитано, содержание Дополнительного соглашения, включая Приложения, Пациенту понятно.	Additional Agreement No. _____ dd _____ and Appendices and has understood their contents.
Адреса и реквизиты Сторон	Addresses, banking details and signatures of the Parties
ИСПОЛНИТЕЛЬ Наименование _____ Адрес: _____ Телефон: _____ Факс: _____ Адрес электронной почты: _____ ОГРН _____ ИНН _____ КПП _____ Банковские реквизиты: _____ Должность _____ _____ (Ф.И.О.) М.П. _____	CONTRACTOR Name _____ Address _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____ OGRN _____ INN _____ KPP _____ Banking details _____ Position _____ _____ (Full name) L.S. _____
ПАЦИЕНТ Ф.И.О _____ Данные документа, удостоверяющего личность _____ Адрес регистрации: _____ Адрес проживания: _____ Телефон: _____ СНИЛС _____ Адрес электронной почты: _____ Подпись _____	PATIENT Full name _____ Identity Document details _____ Registered address _____ Residential address _____ Phone _____ Individual insurance account number (if applicable) _____ E-mail _____ Signature _____ _____ (Full name)

_____ (Ф.И.О.)		
ЗАКАЗЧИК		CUSTOMER
Наименование		Name
Адрес:		Address
Телефон:		Phone
Факс:		Fax
Адрес электронной почты:		E-mail
ОГРН		OGRN
ИНН	КПП	INN
Банковские реквизиты:		KPP
		Banking details
Должность		Position
_____ (Ф.И.О.)		_____ (Full name)
М.П.		L.S.
* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).		*If a bilingual version of the Agreement is necessary, the fee for translation shall be covered by the Legal Representative/Patient (within the terms of the Agent-Patient Services Agreement).
Русским языком владею, в переводе настоящего дополнительного соглашения не нуждаюсь.		I speak Russian; I do not require a translation of the Additional Agreement No. _____ dd _____ to the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, including Appendices.
Дополнительное соглашение Законным представителем/Пациентом прочитано, содержание Дополнительного соглашения, включая Приложения, Пациенту понятно.		The Legal Representative/Patient has read the Additional Agreement and the Appendices and has understood their contents.
Русским языком не владею. Дополнительное соглашение, включая Приложения, зачитано на _____ языке переводчиком (Ф.И.О.), паспортные данные, данные диплома _____		I don't speak Russian; the Additional Agreement No. _____ dd _____ to the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, including Appendices, has been read aloud to me in the _____ (language) by the translator _____
(копия диплома переводчика прилагается)*.		_____
С Дополнительным соглашением,		(translator's full name, identity document details,

включая Приложения, ознакомлен. С условиями Дополнительного соглашения, включая Приложения, согласен. Подпись _____ Законный представитель/Пациент	education certificate details) accompanied by a copy of the translator's education certificate.* I have read the Additional Agreement, including the Appendices, and accept the terms of this Agreement. Signature _____ Legal Representative/Patient
* В случае необходимости перевода договора услуги переводчика по составлению двуязычного текста договора оплачиваются Пациентом (в рамках договора «пациент – агент»).	*If a bilingual version of the Agreement is necessary, the fee for translation shall be covered by the Patient (within the terms of the Agent-Patient Services Agreement).
Экземпляр дополнительного соглашения № ____ от «__» _____ г. к Договору об оказании платных медицинских услуг № ____ от «__» _____ г. на руки получил(-а). Подпись _____ Законный представитель/Пациент _____(подпись Законный представитель/ Пациент)	I received a copy of the Additional Agreement No. _____ dd _____ to the Medical Services Agreement No. _____ dd _____, including Appendices. Signature _____ Legal Representative/Patient Signature _____ (Legal Representative/Patient)

Приложение № 4 к Договору на оказание платных медицинских услуг № ____ от «__» _____ г.	Appendix 4 to Medical Services Agreement No. _____ dd _____
Согласие на обработку персональных данных Данный раздел заполняется для пациентов старше 15 лет (Согласие подписывается пациентом самостоятельно)	Data Processing Consent This section is to be completed for patients over 15 years of age (Consent is signed by the patient independently)

Я, _____ _____, (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) _____ года рождения, проживающий по адресу: _____ (указывается адрес места жительства пациента)	I, _____ _____, (patient's full name according to identity document) date of birth: _____, residence address: _____
Я, _____ _____, (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) Законного представителя/пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) _____ года рождения, проживающий по адресу: _____ (указывается адрес места жительства пациента) паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда _____ выдан _____ иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____ (далее – субъект персональных данных),	I, _____ _____, (Legal representative's/patient's full name according to identity document) date of birth: _____, residence address: _____ Identity Document details (passport): _____ _____ _____ or other identity document _____ _____ _____ (hereinafter referred to as the "Data Subject"),
В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку _____ (_____) _____	in accordance with Article 9 of Federal Law No. 152-FZ "On Personal Data" dated July 27, 2006, give my permission _____ (_____) _____ (hereinafter referred to as the "Operator") to

(далее – Оператор) моих и лица, законным представителем которого я являюсь (моего несовершеннолетнего ребенка), _____ персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место фактического проживания, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об _____ индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского _____ страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность и т.д.), идентификационный _____ номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), и моего _____ несовершеннолетнего ребенка _____ _____, в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований _____.	process my personal data and the personal data of the individual whom I legally represent _____ (a minor) _____, including: full name, patronymic (if applicable), sex, date of birth, place of birth, citizenship, identity document details, phone numbers, e-mails (if applicable), place of residence, place of stay, date of registration, individual insurance account number of the Russian resident (if applicable), compulsory health insurance policy number (if applicable), place of work or study (name of organization/educational institution, address, position, etc.), taxpayer identification number (INN), voluntary health insurance policy number (name of health insurance company), as well as the personal data of the minor _____ _____, and special categories of personal data, namely medical services provided, health status, diagnoses, diseases, encounters, or other data obtained as a result of medical examinations _____.
Обработка персональных данных осуществляется _____ Оператором _____ с использованием _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (информационные системы, используемые	The Operator processes personal data using _____ _____ _____ _____ _____ _____ (information systems used by a healthcare organization).

Медицинской организацией).	
Указанные персональные данные предоставляю Оператору для обработки в следующих целях: – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну; – обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности; – осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности; – реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.	I give my voluntary consent to the Operator to process the personal data for the following purposes: – providing medical services, including diagnostics, treatment, and prevention, on condition that the data is processed by a health professional protecting medical privacy; – ensuring compliance of medical services delivery to me or the individual whom I legally represent (as part of compulsory health insurance, social protection, and disability compensation) with the relevant legislation of the Russian Federation and Moscow; – sending the medical (laboratory, imaging, or other diagnostic) testing results to the e-mail specified by me within the relevant request, upon its submission and provided technical feasibility; – exercising by the Operator its functions, powers, duties, and competencies imposed under the Federal Law No. 323-FZ “On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation” dated November 21, 2011, Article 9 of the Federal Law No. 152-FZ “On Personal Data” dated July 27, 2006, as well as other laws and regulations of the Russian Federation and Moscow.
Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования	I give the Operator permission to perform offline or online any action (operation) or a series of actions (operations) on my personal data or the personal data of the individual whom I legally represent with or without

таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.	automation tools, including collection, recording, classification, accumulation, storage, refinement (update or change), retrieval, use, transfer (provision, access), anonymization, blocking, deletion, and destruction.
В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои и лица, законным представителем которого я являюсь, персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения; на осмотр, присутствие и возможность ознакомления с моей медицинской документацией внештатными врачами Медицинской организации, обучающимся, получающим профессию медицинского работника, их преподавателям, а также кафедральным работникам на базе Оператора в медицинских или научных целях с учетом сохранения врачебной тайны (<i>при наличии</i>); использовать мои персональные медицинские данные для научных целей при обязательном условии их обезличивания, а также на производство фото, аудио и видеосъемки с целью осуществления контроля качества оказываемой медицинской помощи с соблюдением требований законодательства РФ об использовании изображения.	While the Operator provides medical services to me and the individual whom I legally represent, I give healthcare workers permission to transfer my personal data or the personal data of the individual whom I legally represent, containing confidential health information, to other Operator's employees for diagnostics or treatment provided to me or the individual whom I legally represent; to review at the Operator's premises my health records or the health records of the individual whom I legally represent by healthcare organization's visiting physicians, medical students and their teachers, as well as faculty members for clinical or scientific purposes while preserving medical confidentiality (if applicable); to use my personal data or the personal data of the individual whom I legally represent for scientific purposes with the obligatory condition of their anonymization; to make auto, photo and video recording for ensuring the quality control of health care, in accordance with the image use legislation of the Russian Federation.
Я даю согласие на передачу моих и лица, законным представителем которого я являюсь, персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну в Департамент здравоохранения города Москвы, Департаменту информационных технологий города Москвы,	I give my voluntary consent to transfer my personal data and confidential health information, as well as personal data and confidential health information of the individual whom I legally represent, to the Moscow Healthcare Department, the Department of Information Technologies of Moscow,

[illegible]

документов, по его заявлению. 2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся в Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. 3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей. 4. В соответствии с ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя. Условия обработки персональных данных указаны в ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». 5. Настоящее Согласие может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Медицинской организации. 6. В случае отзыва настоящего Согласия в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего согласия при наличии оснований, указанных в п. 2–11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».	laws of the Russian Federation. 3. The healthcare organization processes the personal data and confidential health information only within the scope of powers and duties vested. 4. The Article 13, Part 4 of the Federal Law No. 323-FZ “On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation” dated November 21, 2011, permits disclosure of confidential health information without an individual’s or their legal representative’s authorization. The conditions of personal data processing are stated in Article 6 of the Federal Law No. 152-FZ “On Personal Data” dated July 27, 2006. 5. The Data Processing Consent can be withdrawn by sending a written request to the healthcare organization by registered mail with return receipt or by signed-for delivery personally to the healthcare organization’s attorney. 6. The healthcare organization can continue to process the personal data and confidential health information without my consent on the grounds specified in Part 1, Article 6, Clauses 2-11 or Part 2, Articles 10-11 of the Federal Law No. 152-FZ “On Personal Data” dated July 27, 2006.
Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих	By expressing this Consent, I act freely, of my own will, and in my own interests.

интересах.	
Дата начала обработки персональных данных: «_____» _____ 20__ г.	Start date of data processing: _____(dd.mm.yyyy)
Субъект персональных данных/законный представитель: _____/_____. (подпись) (Ф.И.О.)	Data Subject/Legal Representative: _____/_____. (signature) (full name)