

ДОГОВОР

ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ВЕТЕРИНАРНОЙ ПОМОЩИ

СТАТЬЯ 1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

Владелец – собственник животного и/или иное лицо, обратившееся за оказанием услуг в **Клинику**, дееспособный в соответствии с законодательством РФ для целей **заключения Договора**.

Врач – специалист Клиники, имеющий необходимое образование и осуществляющий прием, обследование и лечение Пациента.

Дистанционный формат – проведение приема, записи, информирования с использованием формата передачи видео или аудио сигнала через сеть интернет или с использованием мобильной (телефонной) связи.

Договор – настоящий договор в редакции, действующей на дату оказания услуг, на оказание платных ветеринарных услуг, являющийся по смыслу ст. 435, п.2 ст.437 Гражданского Кодекса РФ публичной офертой.

Заключение Договора – осуществление Владелец любых действий в форме акцепта (согласно ст.438 Гражданского кодекса РФ), направленных на получение любых Услуг, оказываемых Клиникой, включая (но не ограничиваясь) такими действиями как: отправка заявок и/или проставление отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей оферты в электронном виде на **Сайте**, и/или подписание бланка заявления о присоединении к настоящему **договору** на бумажном носителе в Клинике согласно утвержденной формы, получение услуг в Клинике, внесения оплаты за услугу(и). Совершение любых указанных действий подтверждает ознакомление Владельца с условиями **Договора** и полное согласие с его условиями.

Клиника – юридические лица: Общество с ограниченной ответственностью «ЗооВетЦентр «ЛЕБЕДИ» (ОГРН 1117746308570, ИНН 7729680597), Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Ветеринарной медицины «ЛЕБЕДИ», ОГРН 1067746456766, ИНН 7729544636), Общество с ограниченной ответственностью «Ветеринарная клиника «ЛЕБЕДИ» (ОГРН 1085003006659, ИНН 5003084142), в лице должностных лиц, уполномоченных заключать **договора** на оказание платных ветеринарных услуг на дату оказания услуги на основании Устава и/или доверенности.

Стороны – совместное наименование **Владельца** и **Клиники**, используемое в целях настоящего **Договора**.

Сайт – страница в сети Интернет по адресу: www.vetlebedi.ru, содержащая всю информацию о **Клинике**, порядке и условиях оказания Услуг, включая действующую редакцию **Договора**, прейскурант и иные необходимые сведения.

Сотрудники Клиники – лица, обеспечивающие работу **Клиники** и оказывающие содействие **Врачу** при оказании услуг **Владельцу** и/или ветеринарной помощи **Пациенту**.

Пациент – животное, с которым **Владелец** обратился в **Клинику** за оказанием Услуг в целях помощи животному.

Подрядные организации – юридические лица, у которых с **Клиникой** заключен договор в целях оказания **Владельцам** услуг, требующих специальных знаний, разрешений, оборудования, включая (но не ограничиваясь) проведением лабораторных или диагностических исследований (не проводимых **Клиникой**), доставки **Пациентов**, кремации и т.д.

Посетители – лица, сопровождающие **Владельца** и/или **Пациента**, а также иные лица, находящиеся в помещении **Клиники**.

Предварительная запись – оказание услуг **Клиникой**, осуществляемая в дату и время согласованные **Владельцем** и **Клиникой** очно в помещении **Клиники**, в **дистанционном формате** и/или через форму на **Сайте**.

Прейскурант – перечень услуг, оказываемых **Клиникой**, с указанием действующих цен, оригинал которого находится в **Клинике**.

Прием – включает сбор анамнеза, физикальное обследование, измерение температуры, консультация по состоянию **Пациента**, постановку предварительного(ых) диагноза(ов), создание плана дальнейших действий (Назначений).

Услуги – любые платные ветеринарные услуги, оказываемые **Клиникой** в соответствии с законодательством РФ о ветеринарии, об оказании услуг, о защите прав потребителей и иных нормативных актов РФ и её субъектов, а также стандартов Национальной ветеринарной платы и внутренних регламентов **Клиники**.

СТАТЬЯ 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Клиника обязуется оказать, а **Владелец** принять и оплатить **Услуги** по предоставлению ветеринарной помощи **Пациенту**.

СТАТЬЯ 3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Местом оказания **Услуг** является место нахождения **Клиники** (за исключением дистанционных услуг, предусмотренных настоящим **Договором**, а также оказываемых подрядными организациями) и осуществляется согласно регламенту и внутреннему распорядку, установленными **Клиникой**.

3.2. Время оказания **Услуг**, в том числе приёма **Пациента**, не регламентировано и определяется **Врачом** исходя исключительно из необходимости тщательного, всестороннего осмотра и обследования **Пациента**. **Владелец** неправомерен заявлять о некачественном оказании **Услуг** исходя из отсутствия у него достаточного запаса времени.

3.2. **Пациенты** принимаются, в том числе в **дистанционном формате** (с использованием связи в формате аудио или видео), в следующем приоритетном порядке:

- **Пациенты**, требующие оказания экстренной помощи, в связи с тяжестью их состояния и угрозой жизни. Степень экстренности определяется **Врачом**.

- **Пациенты** по **предварительной записи** – явившиеся в **Клинику** и готовые к **приему** в назначенное время.

- **Пациенты**, опоздавшие к началу **приема по предварительной записи**.

- **Пациенты** по живой очереди.

В спорных случаях очередность приема устанавливается администратором или руководством **Клиники**.

3.3. При поступлении **Пациентов**, требующих оказания экстренной помощи, а также при экстренных реанимационных мероприятиях, могут быть задействованы все **Сотрудники Клиники**, находящиеся в смене. В этом случае очередной прием может приостанавливаться на требуемое время.

3.4. **Посетители Клиники** обязаны соблюдать требования, предъявляемые **Врачами** и **Сотрудниками Клиники**, с уважением относиться к окружающим.

3.5. Во избежание травматизации **Пациентов** и окружающих **Владельцы** и **посетители** обязаны соблюдать следующие требования безопасности: собаки должны находиться на поводках и в намордниках, кошки и собаки мелких пород — в переносках, мелкие домашние и экзотические животные (грызуны, птицы, рептилии) — в клетках или контейнерах.

3.6. **Прием Пациента** осуществляется **Врачом**. При выборе методов диагностики и лечения **Врач** руководствуется исключительно интересами **Пациента**. В своей работе **Врачи Клиники** ориентируются на данные исследований, дающих возможность с наибольшей (но не полной) долей вероятности достичь нужных результатов. Постановка диагноза может потребовать использования дополнительных методов обследования (лабораторных, инструментальных и т.д.). В лечении могут принимать участие различные специалисты для оказания соответствующих видов ветеринарной помощи, проводиться необходимые консультации, в ходе которых решаются вопросы по объёму обследования, выбору метода лечения, в том числе с участием сторонних учреждений и специалистов, а также привлекаться третьи лица, для оказания помощи **Пациенту**. В целях динамического наблюдения за изменением состояния организма **Пациента** многие исследования и анализы необходимо проводить многократно. Постановка диагноза может занимать много времени. До постановки окончательного диагноза **Пациенту**, может быть назначена поддерживающая терапия.

3.7. В случае необходимости оказания некоторых **услуг** требуется согласие **Владельца** с дополнительными условиями, приведенными в приложениях к настоящему **договору**. В том числе, но не ограничиваясь этим перечнем, это такие **услуги** как: стационарное лечение, хирургическое вмешательство, применение анестезиологического пособия, любые инвазивные манипуляции, стоматологическое лечение без применения наркоза, эвтаназия, кремация. **Клиника** оформляет, а **Владелец Пациента** подписывает информированное согласие по форме, установленной в **Клинике** на дату приема. Данное согласие может быть также получено Сотрудниками Клиники с использованием любых способов и средств коммуникации с Владелцем, в том числе в устной форме. Получение **услуг**, требующих информированного согласия или отдельного заявления, означает согласие с условиями информированного согласия на их получение (Условия информированных согласий (заявлений) приведены в приложениях к настоящему **договору** и являются его неотъемлемой частью).

3.8. Фиксация **Пациента** для его осмотра **Врачом** производится **Владельцем**. **Сотрудники Клиники** не несут ответственности за травмы, полученные **Владельцем** от собственного **Пациента**. Фиксация **Пациента** **Сотрудниками Клиники** оплачивается дополнительно согласно **Прейскуранту**.

3.9. **Владелец** проинформирован, что некоторые действующие вещества, рекомендованные к применению в ветеринарной практике, могут быть доступны только в медицинских препаратах. **Владелец** согласен с применением таких препаратов в необходимой форме и дозировках в случае необходимости и обязуется своевременно предоставлять их для оказания ветеринарной помощи **Пациенту**.

3.10. Подробная выписка (эпикриз) из истории болезни предоставляется **Владельцу** на основании заявления, собственноручно написанного на территории **Клиники**. Подробная выписка предоставляется в 10-дневный срок после написания заявления и осуществления оплаты, либо в срок и в порядке, определенном в **Прейскуранте** или установленном законодательством Российской Федерации.

3.11. В случаях невозможности оказания качественной **Услуги** (отсутствие: необходимого специалиста, необходимого оборудования или его неисправность, условий для стационарного лечения и т.д.) **Пациент** может быть направлен в другую **Клинику**.

3.12. Условия оказания **услуги** консультации **Врача** в **дистанционном формате**

3.12.1. **Услуги** в формате видео (аудио) консультаций оказываются дистанционно с использованием формата передачи видео или аудио сигнала через сеть интернет или с использованием мобильной (телефонной) связи. Качество передачи видео (аудио) сигнала и его визуализация (звучание) на устройстве **Владельца** зависит от множества факторов, которые находятся вне зоны управления **Клиникой** (включая, но не ограничиваясь: качество покрытия операторами сотовой связи в зоне нахождения устройства **Владельца**; технические возможности мобильного устройства или компьютера, на котором установлена программа для осуществления видео (аудио) звонков; качество установленных на устройстве **Владельца** программ и компонентов, работоспособность серверов программы для осуществления видео (аудио) звонков и др), за которые **Клиника** не может нести ответственности и по данной причине

гарантировать качество изображения (звука) и неудовлетворительное качество сигнала, которые в свою очередь не могут являться основанием для признания видео (аудио) консультации несостоявшейся.

3.12.2. **Сотрудник Клиники**, осуществляющий видео (аудио) консультацию, может попросить **Владельца** снять фото или видео материалы, для получения данных о **Пациенте** наилучшего возможного качества. Также для повышения качества консультации, **Сотрудник** может предложить предоставить дополнительные материалы, результаты анализов, рентген и иные снимки и т.п. Во всех таких случаях видео (аудио) консультация может быть приостановлена по инициативе **Клиники** и продолжена после получения необходимых материалов.

3.12.3. **Клиника** имеет право осуществлять видео (аудио) фиксацию проводимого **приема и проводимых манипуляций**, но не обязана это делать.

3.12.4. Видео (аудио) консультация может быть оказана в случае наличия достаточных средств для ее оплаты, на авансе **Владельца в Клинике**. Аванс в **Клинике** может быть пополнен **Владельцем** лично или с помощью любого законного представителя **Владельца**.

3.12.5. В случае признания **Сотрудником Клиники** невозможности проведения консультации в **дистанционном формате**, либо ее явной неэффективности по решению такого **Сотрудника**, денежные средства, оплаченные **Владельцем за Услугу**, остаются в авансе **Владельца** неизрасходованными и могут быть использованы им для оплаты будущих **Услуг** или востребованы к возврату в соответствии с настоящим **Договором** и действующим законодательством РФ.

3.13. Эвтаназия и кремация.

3.13.1. Проводится только по показаниям и после прямой просьбы **Владельца**, что обусловлено Этическим Кодексом Ветеринарного **Врача**.

3.13.2. **Врач** вправе отказать в проведении эвтаназии **Пациента** при отсутствии прямых показаний к ней.

3.13.3. Перед эвтаназией **Владелец Пациента** обязан подписать Заявление на эвтаназию. Данное заявление может быть также получено **Сотрудниками Клиники** с использованием любых способов и средств коммуникации с **Владельцем** по форме, установленной **Клиникой**.

3.13.4. При гибели **Пациента** возможно оказание услуги по кремации (при согласовании с **Владельцем**), которая оплачивается согласно **Прейскуранту**.

3.13.5. При отказе от кремации **Владелец Пациента** считается собственноручно подписавшим Информированный отказ от утилизации и принимает на себя все последствия такого заявления. Условия информированных отказов приведены в приложениях к настоящему **договору** и являются его неотъемлемой частью.

СТАТЬЯ 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ

4.1. **Владелец** имеет право:

4.1.1. Получать ветеринарную помощь, необходимую **Пациенту** в том объеме и в соответствии с теми возможностями, которыми располагает **Клиника**.

4.1.2. Отказаться от **Услуг Клиники** и/или методов диагностики и/или лечения, назначенного **Врачом. Владелец Пациента** может отказаться от получения не оказанных **Услуг** ветеринарной помощи и вернуть ранее оплаченные денежные средства, за вычетом затрат **Клиники**, связанных с подготовкой к оказанию **Услуги**, если такие имели место быть. Если **Пациент** находится в наркозном сне, то возврат **Пациента**, после получения такого отказа может быть осуществлен только после полного восстановления активности **Пациента** с полной оплатой требуемых для этого действий. При этом **Владелец** несет полную ответственность за любые последствия такого отказа.

4.2. **Владелец** обязуется:

4.2.1. Соблюдать все правила оказания **Услуг**, изложенные в настоящем **Договоре**.

4.2.2. Своевременно и полностью оплачивать **Услуги**.

4.2.3. Полноценно, подробно и достоверно информировать **Врача** до оказания ветеринарной помощи об особенностях поведения и нарушениях в состоянии здоровья **Пациента**, а также о перенесенных им заболеваниях, ранее проведенных профилактических вакцинациях и противопаразитарных обработках, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях.

4.2.4. Подготовить **Пациента** перед операцией или диагностической процедурой, или сдачей лабораторных анализов в соответствии с рекомендациями **Клиники**.

4.2.5. Обеспечить соблюдение назначений **Врача** и выполнение всех назначений в полном объеме, с требуемой периодичностью и в должный срок.

4.2.6. Своевременно информировать **Клинику** о любых изменениях его самочувствия и состояния здоровья.

4.2.7. Оказывать содействие в обеспечении безопасности сотрудников **Клиники** и ее посетителей, соблюдая все необходимые рекомендации персонала.

4.2.8. Предоставлять сведения о наличии у **Пациента** инфекционных заболеваний и (или) контактах **Пациента**, с другими животными, которые могут являться переносчиками таких заболеваний.

4.3. **Клиника** имеет право:

4.3.1. Отказать в оказании **Услуг**:

- при отказе **Владельца** от заключения данного **Договора** и/или отказе подписывать информированное согласие на проведение диагностического, хирургического вмешательства, анестезиологического пособия и стационарного лечения, или других документов, необходимых для оказания услуг по регламенту **Клиники**;

- при заведомо известной невозможности достичь положительных результатов лечения;

- при наличии задолженности за ранее оказанные услуги и отказе их оплатить;

- при нахождении **Владельца** в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также неуважительном или агрессивном поведении по отношению к сотрудникам **Клиники** и ее посетителям, и/или нарушающего общественный порядок;
- если **Владельцем** является лицо, не достигшее 18 лет, за исключением случаев сопровождения **Пациента** на процедуры с устного или письменного согласия **Владельца** или его **Представителя**;
- при невозможности фиксации агрессивного **Пациента** и отказе его **Владельца** от проведения седации;
- при предоставлении **Клинике Владельцем** неполных, недостоверных, а также заведомо ложных сведений и данных о состоянии здоровья **Пациента**, а также при невозможности терапевтического сотрудничества;
- при наличии других оснований, не противоречащих законодательству РФ, по усмотрению **Клиники**.

4.3.2. **Клиника** вправе считать **Пациента** бесхозным, и распорядиться им на свое усмотрение, в том числе передать в приют в случае неявки **Владельца** в дату окончания оплаченного срока нахождения **Пациента** в стационаре **Клиники** или оставления **Пациента** в **Клинике**, после оказания необходимой помощи и не выхода **Владельца** на связь по контактам, предоставленным **Владельцем**, в течение трех дней, при этом **Владелец** считается отказавшимся от права собственности на **Пациента**.

4.4. **Клиника** обязуется:

4.4.1. Оказать **Пациенту** качественную, квалифицированную ветеринарную помощь, объективным критерием которой является соответствие назначений симптомокомплексу и/или диагнозу, отраженному в истории болезни.

4.4.2. Проявлять гуманное отношение к **Пациенту** и делать все необходимое для его комфортного пребывания в **Клинике**.

4.4.3. Предоставить **Владельцу** информацию о состоянии **Пациента**, о сути заболевания, прогнозе, методах и сроках лечения, в том числе и альтернативных, рисках и возможных осложнениях.

4.4.4. Проинформировать **Владельца Пациента** о порядке оказания **Услуг**, правилах работы и стоимости оказываемых **услуг**, режиме работы **Клиники**.

СТАТЬЯ 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. **Клиника** несет ответственность за качество предоставляемых ветеринарных **услуг** перед **Владельцем Пациента** в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации только за умышленные действия или бездействие **Врачей** и **Сотрудников** в период нахождения **Пациента** на территории **Клиники**, но не более чем в размере реального ущерба, причинённого **Владельцу Пациента**.

5.2. **Владелец** несет ответственность за точное и своевременное выполнение всех назначений **Врачей Клиники** понимает и согласен с тем, что **Клиника** несет

ответственность за результат ветеринарной помощи только при выполнении **Владельцем** всех назначений в полном объеме.

5.3. **Клиника** не несет ответственность за достижение или не достижение желаемых **Владельцем** результатов от лечения и/или проведения процедур, поскольку, учитывая биологическую индивидуальность каждого организма, не существует возможности дать полную гарантию, что назначенное, либо проведенное лечение или манипуляция приведет к тому результату, который от них ожидается с учётом существующего риска и возможности ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода.

5.4. **Клиника** не несёт ответственность за качество **Услуг** в случае совершения **Владельцем Пациента** действий, угрожающих здоровью **Пациента**.

5.5. **Клиника** не несёт ответственность за результаты анализов, диагностические обследования и другие лечебные манипуляции, проведенные сторонними ветеринарными специалистами и учреждениями (третьими лицами).

5.6. **Владелец** несет ответственность в соответствии с законодательством РФ за непредоставление информации о наличии у Пациента болезней, которые могут представлять угрозу для человека.

СТАТЬЯ 6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК ОПЛАТЫ И ВОЗВРАТА СРЕДСТВ

6.1. Стоимость **Услуг Клиники** определяется в соответствии с действующим на момент оказания **Услуги Прейскурантом** и оплачивается согласно условиям настоящего **Договора**.

Уточнить актуальную информацию о стоимости **Услуг(и) Владелец** может у **Сотрудника Клиники** по телефону, на **Сайте**, а также непосредственно в **Клинике** на стойке администратора.

6.2. Факт оплаты **Услуг(и)** означает, что **Владелец** обладает всей необходимой информацией, включая условия настоящего **Договора**, условия и ограничения оказания **Услуг(и)** и актуальную стоимость **Услуг(и)**.

6.3. Каждое посещение **Пациентом Клиники** является **приемом** и оплачивается соответственно **Прейскуранту**. **Приемом** также является консультирование **Врачом Клиники Владельца** в очном или **Дистанционном формате**.

При посещении **Клиники** или получения консультации в **Дистанционном формате** по причине другого заболевания, отличного от ранее поставленного диагноза, **Прием** расценивается как первичный, равно как и **прием** другого **Пациента**, принадлежащего этому же **Владельцу**.

6.4. Все лечебно-диагностические манипуляции и препараты, не включенные в понятие **Приема** и/или не описанные явно в названии **Услуги** согласно **Прейскуранта**, оплачиваются отдельно по стоимости, согласно **Прейскуранту**.

При необходимости проведения дополнительных диагностических или лечебных процедур (в том числе реанимационных) **Врач** должен проинформировать **Владельца** о примерной их стоимости. Стоимость хирургического, диагностического вмешательства, анестезиологического пособия и стационарного лечения может

меняться в зависимости от изменения состояния **Пациента**. **Владелец** выражает согласие с тем, что многие заболевания могут не иметь прогнозируемое течение и последствия, что может повлечь за собой изменение тактики лечения и соответственно стоимости.

6.5. Оплата осуществляется путем внесения 100%- ного авансового платежа на основании выставленного счета во исполнении ГК РФ гл.39 ст.779 ч.1 и ч.2 и ст.781 ч.1 ч.2 и ч.3. Оплата производится **Владельцем** самостоятельно, либо через его представителя наличными, либо через терминал банковской картой, либо путем перечисления средств по банковским реквизитам Клиники. Оплата фактически оказанных **Пациенту**, но не оплаченных услуг, согласованных **Владельцем** любым способом, должна быть осуществлена в течении 24 часов после выставления счета.

6.6. **Владелец** информирован и согласен, что оплаченный им или его представителем счет или иной документ содержащий перечень **услуг Клиники** является его полным и окончательным согласием на оказание указанных в нем ветеринарных **услуг**.

6.6. Приобретенные **Владельцем** в **Клинике** ветеринарные препараты, средства зоогигиенического назначения и диетические корма возврату не подлежат.

6.7. Возврат денежных средств за ранее оказанные **Услуги**, израсходованные препараты и материалы не производится. Также невозможен возврат части средств за услугу, единицей измерения которой является временной отрезок, в том числе при условии, что услуги были оказаны или прекращены досрочно.

6.8. При отказе **Владельца** от получения **Услуг** и/или при расторжении **Договора**, **Стороны** производят окончательный расчет по настоящему **Договору**, при этом **Владелец** оплачивает фактически оказанные ему (но еще не оплаченные им) на момент расторжения **Договора Услуги**.

6.9. Возврат денежных средств осуществляется при наличии документа, удостоверяющего личность **Владельца Пациента**. Для осуществления возврата средств требуется оформление **Владельцем** или лицом, производшим оплату, заявлений и иных документов согласно действующего законодательства РФ, а также, предъявление ранее предоставленных **Клиникой** документов, включая чеки об оплате. Возврат денежных средств по оплаченным услугам возможен с 9 до 19 часов. Возврат средств производится в форме получения средств (наличный, на карту, перевод по реквизитам). Для возврата средств на карту, необходимо иметь при себе именно ту карту, с которой была произведена оплата. Возврат может быть сделан только тому лицу, которое производило оплату, и по его реквизитам в случае безналичного возврата средств.

СТАТЬЯ 7. ДЕЙСТВИЕ ДОГОВОРА

7.1. Срок действия настоящего **Договора** устанавливается с момента его введения до момента его официального отзыва или утверждения **Договора** в новой редакции.

7.2. **Клиника** вправе в одностороннем порядке вносить изменения в **Договор**, перечень услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания услуг **Клиникой**. В случае изменения **Клиникой** какого-либо документа, указанного в настоящем пункте,

такие изменения доводятся до сведения **Владельца** путем размещения текста настоящего договора на территории **Клиники** и ее официальном **Сайте**.

7.3. **Владелец** вправе отказаться от получения **Услуг** в рамках настоящего **Договора**, предоставив **Клинике** письменный отказ от лечебного вмешательства, либо в любое время расторгнуть настоящий **Договор** в одностороннем порядке, уведомив **Клинику** о расторжении **Договора**, используя предоставленные **Владельцем** контактные данные.

7.4. При отказе **Владельца** от настоящего **Договора**, **Владелец** обязан забрать из **Клиники** принадлежащее ему имущество, в том числе **Пациента**, в противном случае **Владелец** принимает на себя обязательства по полной оплате содержания **Пациента**, на условиях стоимости размещения **Пациента** в стационаре **Клиники**, а также затрат на его содержание, согласно действующего **Прейскуранта**.

СТАТЬЯ 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Все споры **Стороны** обязуются разрешать путем переговоров. Претензии по поводу качества оказанных **Услуг** рассматриваются главным **Врачом Клиники** или его заместителем. Письменные претензии **Клиника** обязана рассмотреть в срок, определенный действующим законодательством РФ и отправить **Владельцу** ответ в порядке и способами, определенными настоящим **Договором** и/или действующим законодательством РФ, на усмотрение **Клиники**. Рассматриваемые претензии могут касаться только **Услуг** и позиций, прописанных в своевременно оплаченном **Владельцем** счете. В случае, если не будет достигнуто согласие, споры разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8.2. **Стороны** освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему **Договору**, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего **Договора** в результате обстоятельств чрезвычайного характера, возникших во время действия настоящего **Договора**, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить.

8.3. **Владелец** согласен и понимает, что любое лицо, действующее по поручению **Владельца**, является законным представителем **Владельца** в части порученных действий. Для исполнения обязательств по настоящему **Договору** представителю **Владельца** необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

8.4. Заключая настоящий **Договор**, **Владелец Пациента** выражает свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии ФЗ РФ «О персональных данных». **Клиника** не имеет права разглашать предоставленные контактные и персональные данные **Владельца** третьим лицам. Настоящим **Владелец** выражает согласие, а **Клиника** имеет право использовать информационные материалы, полученные в ходе оказания **Услуг Пациенту** для образовательных и иных целей на собственных **сайтах** и страницах **Клиники** в социальных сетях.

8.5. **Владелец** согласен, что для предоставления информации по **Пациенту**, согласований действий с **Сотрудниками Клиники** и при иной необходимости оперативного информационного взаимодействия, **Клиника** или **Владелец** будут

использовать предоставленные **Владельцем** контактные данные. Все согласования и распоряжения, полученные в ходе такого взаимодействия, считаются личным согласием и распоряжением **Владельца**. При этом **Владелец** понимает и согласен, что **Клиника** не может нести ответственность за работоспособность каналов связи.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

к публичному договору
возмездного оказания
ветеринарной помощи
(полный текст договора
размещен на сайте
<https://vetlebedi.ru/offer>)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ ВЕТЕРИНАРНОЙ ПОМОЩИ

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Я, _____, паспорт: _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
телефон: _____, E-mail: _____

именуемый в дальнейшем **Владелец**, заявляю, что внимательно ознакомился с
условиями **Договора** возмездного оказания ветеринарной помощи

_____,
юридический адрес: _____,
именуемого в дальнейшем **Клиника**, размещенного на **Сайте** по адресу
<https://vetlebedi.ru/offer/> и выражаю свое согласие с изложенными в нем **Условиями**,
обязанностями и правами **Сторон** и обязуюсь их соблюдать.

Подписывая настоящее заявление или осуществляя любые действия в форме акцепта
(согласно ст.438 Гражданского кодекса РФ), направленные на получение любых
Услуг, оказываемых **Клиникой**, я подтверждаю **Заключение Договора** возмездного
оказания ветеринарной помощи между мной и **Клиникой**.

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г.
№ 152-ФЗ (ред. от 25.07.2011) "О персональных данных", даю свое согласие на
обработку моих персональных данных в порядке, указанном в **Договоре**.

Подпись заявителя:

_____/ _____/ ____ . ____ . ____ г.
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

к публичному договору
возмездного оказания
ветеринарной помощи

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ИЛИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Являясь **Владельцем** принадлежащего мне **Пациента**, даю свое согласие на проведение необходимых процедур по назначению **Врача Клиники**.

Я в полной мере проинформирован(а) ветеринарным **Врачом**:

1. О степени тяжести состояния моего животного и прогнозе.
2. О показаниях к проведению хирургических / диагностических / анестезиологических процедур, их объеме и стоимости лечебных манипуляций.
3. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.

Я понимаю, что, несмотря на все усилия **врачей**, направленные на восстановление здоровья принадлежащего мне **Пациента**, не может быть гарантий, что лечение даст ожидаемые положительные результаты. Я ознакомлен с тем, что всегда существует риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода, и согласен с ними.

Я проинформирован, что в ходе операции/процедуры могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных операций/процедур, включая реанимационные. В таком случае я прошу выполнить все необходимые дополнительные действия и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями. Я понимаю, что детализированный счет с точной суммой оказанных **Услуг Врач** сможет предоставить мне только после проведения операции/процедуры.

Я подтверждаю, что выраженное мною прямое согласие на проведение хирургических / диагностических / анестезиологических процедур является моим прямым разрешением на их проведение и согласие со всеми условиями, рисками и ограничениями. Данное согласие может быть получено **Клиникой** любым способом согласно **Условий Договора**.

Я подтверждаю, что на момент оказания **Услуг(и)** заключил **Договор с Клиникой**, ознакомлен и согласен со всеми его условиями.

Владелец Пациента или его представитель

_____/ _____ / _____
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА РАЗМЕЩЕНИЕ ЖИВОТНОГО В СТАЦИОНАР

Являясь **Владельцем** принадлежащего мне **Пациента**, даю свое согласие на размещение питомца в стационар **Клиники** по категории размещения, определенной **Врачом Клиники**, на условиях определенных в настоящем **Договоре**, и согласен с со стоимостью **Услуг(и)**, определенной в действующем **Прейскуранте**. Минимальный срок размещения в стационаре 1 (одни) сутки. В случае досрочного прекращения размещения **Пациента** в стационаре **Клиники** денежные средства за неполные сутки не возвращаются.

Я в полной мере проинформирован(а) ветеринарным **Врачом**:

1. О степени тяжести состояния моего **Пациента** и прогнозе. О показаниях к размещению в стационаре, об объеме и стоимости лечебных, диагностических и любых иных манипуляций. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.
2. Ознакомлен и согласен со всеми условиями посещения и взаимодействия с **Клиникой** и **Пациентом**, в том числе с "Памяткой для владельцев питомцев, находящихся в стационаре".
3. Согласен, что в случае моего отказа от вакцинаций или обработки от блох, клещей или гельминтов **Пациент** будет помещен в инфекционный стационар, понимаю риски возможного заражения **Пациента** и согласен с ними.

Я понимаю, что, несмотря на все усилия **врачей**, направленные на восстановление здоровья принадлежащего мне **Пациента**, не может быть гарантий, что лечение даст ожидаемые положительные результаты. Я ознакомлен с тем, что всегда существует риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода, и согласен с ними.

Я понимаю, что детализированный счет с точной суммой оказанных в ходе стационарного пребывания **Услуг Врач** сможет предоставить мне только после завершения пребывания **Пациента** в стационаре **Клиники**. Я обязуюсь внести предоплату, оплатив предоставленный **Врачом** счет перед оказанием услуг и оплачивать предоставляемые счета на **Услуги**, согласованные со мной или моими представителями любым способом, определенным в условиях **Договора**.

Я проинформирован, что в ходе пребывания **Пациента** в стационаре **Клиники** могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных операций/процедур, включая реанимационные. В таком случае я прошу выполнить все необходимые дополнительные действия и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями.

Я подтверждаю, что выраженное мною в ходе пребывания **Пациента** на стационаре прямое согласие на проведение хирургических / диагностических / анестезиологических процедур является моим прямым разрешением на их проведение и согласие со всеми условиями, рисками и ограничениями. Данное согласие может быть получено **Клиникой** любым способом, определенным в условиях **Договора**.

Я подтверждаю, что на момент оказания **Услуг(и)** заключил **Договор** с **Клиникой**, ознакомлен и согласен со всеми его условиями.

ПАМЯТКА ДЛЯ ВЛАДЕЛЬЦЕВ ПИТОМЦЕВ НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ

Посещение **Пациентов**, находящихся в стационаре, проводится в дневные часы: с 14.00 до 16.00. Такое посещение является общением не с **врачом**, а с питомцем. У нас нет возможности обеспечивать посещение **пациентов** с предоставлением кабинета. С питомцами – можно посидеть пообщаться в местах ожидания или погулять на улице. Посещение не предусматривает консультации **врача** или общения с ним.

Краткое общение с врачом по состоянию **Пациента** и динамике лечения происходит по телефону два раза в день. С 10.00 до 11.00 утром, и с 18.00 до 19.00 вечером. **Врач** звонит сам. Если вам нужна дополнительная консультация врача в любом возможном формате в другое время – вам необходимо записаться на **Прием**.

Прием оплачивается в соответствии с **Прейскурантом**.

Посещение **Пациентов**, находящихся в отделениях интенсивной терапии и инфекционного стационара – **НЕВОЗМОЖНО**, по причинам тяжелого состояния и/или риска разноса инфекции. По вашей просьбе мы можем прислать короткое видео или фото вашего питомца в часы общения по состоянию: 10.00 -11.00 и 18.00- 19.00.

Для **Пациента**, находящегося на гостиничном размещении, часы посещения с 10.00 до 20.00 (для прогулки), кабинет при посещении не предоставляется. Краткая информация по состоянию присылается один раз в день до 21.00 в электронном виде (на электронную почту или whats up) в виде письма и/или краткого видео, по желанию **Владельца**, озвученному при поступлении на стационар и отмеченному в истории болезни **Пациента**.

Владелец Пациента или его представитель

_____ / _____
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР БЕЗ НАРКОЗА

Являясь **Владельцем** принадлежащего мне **Пациента**, даю свое согласие на проведение без применения наркоза: санации ротовой полости с чисткой зубов моего питомца и/или удаление молочных или коренных зубов по лечебным причинам.

Я понимаю, что данная процедура(ы) имеет скорее косметический характер, чем лечебный или гигиенический, и не может быть проведена так же качественно как при использовании наркоза.

Я понимаю, что данная процедура проводится при физической фиксации **Пациента Сотрудниками Клиники**.

Я осознаю все риски проведения данной процедуры без наркоза и понимаю, что **Пациент** при этом переживает стресс как психологический, так и физический.

Я в полной мере осознаю, что **Пациент** будет сопротивляться, так как никто не любит терпеть боль.

Я полностью принимаю все риски, связанные с проведением данной процедуры без наркоза на себя и, тем самым, полностью освобождаю от ответственности **Клинику** и ее **Сотрудников**.

Я в полной мере проинформирован(а) ветеринарным **Врачом**:

1. О степени тяжести состояния моего животного и прогнозе.
2. О показаниях к проведению хирургических / диагностических / анестезиологических процедур, их объеме и стоимости лечебных манипуляций.
3. О возможных осложнениях, трудностях и рисках, которые могут возникать в ходе лечения и альтернативах предлагаемому лечению.

Я понимаю, что, несмотря на все усилия **Врачей**, направленные на восстановление здоровья принадлежащего мне **Пациента**, не может быть гарантий, что лечение даст ожидаемые положительные результаты. Я ознакомлен с тем, что всегда существует риск и возможность ранних и поздних осложнений, вплоть до летального исхода, и согласен с ними.

Я проинформирован, что в ходе операции/процедуры могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных операций/процедур, включая реанимационные. В таком случае я прошу выполнить все необходимые дополнительные действия и готов оплатить расходы, связанные с непредвиденными мероприятиями. Я понимаю, что детализированный счет с точной суммой оказанных **Услуг Врач** сможет предоставить мне только после проведения операции/процедуры.

Я подтверждаю, что выраженное мною прямое согласие на проведение стоматологических процедур без наркоза является моим прямым разрешением на их проведение и означает мое согласие со всеми условиями, рисками и ограничениями. Данное согласие может быть получено **Клиникой** любым способом согласно **Условий Договора**.

Я подтверждаю, что на момент оказания **Услуг(и)** заключил **Договор** с **Клиникой**, ознакомлен и согласен со всеми его условиями.

Владелец Пациента или его представитель

_____ / _____
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ПРИЛОЖЕНИЕ №5

к публичному договору
возмездного оказания
ветеринарной помощи

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ЭВТАНАЗИЮ ЖИВОТНОГО

Являясь **Владельцем** принадлежащего мне **Пациента**, принимаю оправданное с моей точки зрения решение и прошу провести его эвтаназию (усыпление) по гуманным причинам.

Я утверждаю, что данное животное не наносило покусов и повреждений кожных покровов людям в течение последних 10 дней.

Суть и методы эвтаназии мне разъяснены ветеринарным специалистом в полном объеме.

Я полностью осознаю, что процедура эвтаназии является психологически сложным испытанием для меня, как **Владельца Пациента**, может вызывать стресс, депрессию и иные физиологические или психические изменения в моем организме. В связи с этим я принимаю полностью осознанное и взвешенное решение, и прошу провести процедуру:

без моего присутствия / в моем присутствии
(ненужное зачеркнуть)

Полностью принимаю на себя все риски и последствия, связанные с изменением моего состояния, которые могут возникнуть в результате моего решения.

Владелец Пациента или его представитель

_____/ _____/
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

Перед проведением эвтаназии животное клинически осмотрено. Признаков бешенства не выявлено.

Ветеринарный Врач

_____/ _____/
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ПРИЛОЖЕНИЕ №6

к публичному договору
возмездного оказания
ветеринарной помощи

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОТКАЗ ОТ УТИЛИЗАЦИИ ЖИВОТНОГО

Принимаю оправданное с моей точки зрения решение и отказываюсь от утилизации принадлежащего мне животного **Клиникой** в порядке, установленном действующим законодательством.

Отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия, принадлежащего мне животного. Я проинформирован(а) о невозможности проведения экспертного анализа, в том числе в целях установления причины смерти животного (в случае сомнений в качестве оказанной ветеринарной помощи).

Я обязуюсь утилизировать переданный мне труп животного своими силами.

Я осознаю, что несу полную юридическую ответственность за свои действия в соответствии с законодательством РФ, в т.ч «Правила сбора, утилизации и уничтожения биологических отходов» N 13-7-2/469 от 04.12.1995 г.

Претензий к сотрудникам клиники не имею.

Владелец Пациента или его представитель

_____ / _____ /
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

Ветеринарный Врач

_____ / _____ /
(подпись) (Фамилия Имя и Отчество полностью)

ПРИЛОЖЕНИЕ №7

к публичному договору
возмездного оказания
ветеринарной помощи

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ОТКАЗ ОТ ВЫПОЛНЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ

Являясь **Владельцем** принадлежащего мне **Пациента**, принимаю оправданное с моей точки зрения решение об отказе от выполнения всех или некоторых назначений **Врача Клиники**.

Оставляю за собой право получения консультаций сторонних специалистов и изменения данного решения об отказе от выполнения назначений в любое время.

Вместе с тем я признаю, что **Врач** и **Клиника** не несут никакой ответственности за время, упущенное мной с момента отказа.

Я был предупрежден обо всех возможных последствиях моего бездействия в отношении состояния здоровья **Пациента** и негативного прогноза в случае отказа от назначений.

Владелец Пациента или его представитель

_____/ _____/

(подпись)

(Фамилия Имя и Отчество полностью)

Ветеринарный Врач

_____/ _____/

(подпись)

(Фамилия Имя и Отчество полностью)