**ДОГОВОР-ОФЕРТА**

**на оказание платной медицинской помощи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Москва \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью ООО «Изумруд-Мед», свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ 1127746222108 от 28.03.2012г., выдано Межрайонной инспекцией ФНС России №46 по г. Москве, в лице Администратора ООО «Изумруд-Мед», действующей на основании Доверенности №1 от 01.06.2021г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется при необходимости), именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор-оферту (далее – Договор)
о нижеследующем:

**1. Предмет договора-оферты**

1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платную медицинскую помощь (далее - помощь), заключающиеся в качественном обследовании и лечении Пациента, а Пациент оплачивать оказанную помощь в соответствии с прейскурантом Исполнителя и настоящим договором-офертой.
2. Платная медицинская помощь оказывается пациенту при его согласии (**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство),** выраженное в предложенной форме.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1 Исполнитель обязуется:

* произвести лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с условиями договора;
* обеспечить соответствие предоставляемых платной медицинской помощи требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;
* заносить необходимые данные, отражающие состояние здоровья Пациента, ход диагностики и лечения и т.д., в медицинские документы Пациента;
* информировать Пациента о состоянии его здоровья, применимых методах обследования и лечения, возможных последствиях лечения и допустимых осложнениях;
* согласовывать с Пациентом предложенный план лечения;
* оказывать медицинскую помощь надлежащим образом с применением, в случае необходимости, обезболивающих средств;
* предоставить возможность Пациенту ознакомиться с Прейскурантом цен на предоставляемую помощь, оказываемую по настоящему Договору, Информацией для пациентов, с условиями ответственности Исполнителя и его гарантийными обязательствами при оказании медицинской помощи;
* при согласовании плана лечения сделать предварительную приблизительную оценку стоимости всего лечения, о чем проинформировать Пациента;
* проинформировать Пациента о возможном изменении плана лечения и соответственно, об изменении стоимости лечения;
* не разглашать сведения, полученные при оказании помощи по договору, кроме случаев, предусмотренных законодательством, в том числе после смерти Пациента.
1. Исполнитель имеет право:
* получить полную и подробную информацию об анамнезе Пациента, перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных аллергических реакциях и противопоказаниях;
* отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом требований лечащего врача и условий настоящего договора;
* по своему усмотрению отложить оказание помощи, если Пациент, либо находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, либо имеет иные противопоказания для медицинского вмешательства;
* поручить оказание помощи врачу, который обязан обеспечить качественные и наиболее безболезненные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями Пациента. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для посещения Пациенту, либо нахождения его в отпуске, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения, или по согласованию с Пациентом перенести прием на другой удобный для Пациента день;
* при необходимости проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, путем проведения рентгенографических и других необходимых диагностических мероприятий, осуществлять их при условии информирования и согласия Пациента за дополнительную плату по Прейскуранту;
* для уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения направить пациента к другому специалисту, ответственность за выполнение или невыполнение этой рекомендации несет пациент.
* при отсутствии возможностей для оказания специальной медицинской помощи рекомендовать Пациенту обратиться в иную медицинскую организацию.

2.2.1. Исполнитель уведомляет Пациента, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

* 1. Пациент обязуется:
* выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача;
* оплатить оказанную помощь по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора;
* известить Исполнителя о перенесенных и имеющихся заболеваниях, травмах и операциях, известных аллергических реакциях и индивидуальных особенностях своего организма;
* являться на лечение в установленное Исполнителем время;
* изъявлять в предложенной форме свое согласие либо несогласие с предложенным планом лечения, дать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в подтверждение о своей информированности о порядке оказания медицинской помощи и возможных осложнениях после исчерпывающих разъяснений врача;
* ознакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем и обнародованной по месту оказания помощи;
* подписать согласие на все действия (операции), предусмотренные законом Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ с его персональными данными.

2.4. Добровольное согласие считается данным при произведении оплаты процедур, согласно представленному на сайте прейскуранту;

2.5 Пациент имеет право:

* получить заключение или выписку из медицинских документов, а также их копию, с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимыми рекомендациями;
* отказаться от медицинской помощи в целом или конкретных манипуляций после предупреждения о возможных осложнениях, оплатив оказанную помощь Исполнителя и уже произведенные им расходы в полном объёме.
1. **Цена договора, порядок расчетов**

3.1. Стоимость оказываемой помощи Пациенту определяется исходя из объема оказанной помощи по ценам, действующим на период оказания помощи и указанных в Прейскуранте. Объем оказываемых услуг согласовывается Исполнителем с Пациентом в Плане лечения, подтверждается подписью Пациента, наименование и стоимость каждой медицинской помощи указывается в квитанции Исполнителя, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора. Один экземпляр квитанции выдается на руки Пациенту.

3.2. Оплата производится Пациентом наличными и безналичными денежными средствами в кассу Исполнителя сразу после посещения врача и оказания помощи.

* 1. Согласованием с Заказчиком стоимости услуг является одно из следующих событий, в зависимости от того, которое наступит ранее:
		1. Подписание Заказчиком плана лечения;
		2. Оплата Заказчиком оказанных/подлежащих оказанию помощи.
1. **Сроки оказания медицинской помощи**
2. Срок оказания помощи определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю.
3. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения лечения конкретизируются по соглашению с Заказчиком исходя из общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, остроты клинической ситуации.
4. Количество необходимых приемов определяется индивидуально и фиксируется в Плане лечения, подписываемом обеими сторонами.
5. Ориентировочные сроки оказания конкретной медицинской помощи определяется внутренними документами Исполнителя. Указанные сроки могут быть изменены в зависимости от состояния Пациента.

**5. Ответственность сторон**

1. Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующем законодательством в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по договору.
2. Исполнитель освобождается от какой-либо ответственности по договору в случае, если неблагоприятные последствия возникли у Пациента в результате неисполнения рекомендаций лечащего врача, неявки на лечение в установленное время, а также за осложнения после проведенного лечения, возникшие по причинам, не зависящим от качества оказанной помощи. До заключения договора исполнитель уведомил Пациента (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую помощь), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.
3. При наличии претензий по качеству оказываемой медицинской помощи и иных разногласий между Исполнителем и Пациентом, Пациент вправе обратиться к Исполнителю с письменной претензией. Кроме Пациента, правом предъявления претензии обладает его законный представитель, либо лицо, которому такое право предоставлено по нотариально удостоверенной доверенности.
4. Датой получения претензии является дата вручения почтового отправления непосредственно Исполнителю, либо отметка о получении претензии Исполнителем, сделанная на копии претензии (при вручении лично Пациентом, либо его представителем).
5. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
2. Пациент вправе в любое время расторгнуть договор, оплатив Исполнителю оказанную ему помощь.
3. Исполнитель вправе не исполнять договор в случаях неоплаты Пациентом медицинской помощи, а также в случае невозможности оказания медицинской помощи по причинам, не зависящим от Исполнителя.

6.4. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, при этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

7. Особые условия

1. Исполнитель гарантирует, что имеет право на оказание медицинской помощи по перечню работ: медицинскому массажу, физиотерапии, при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по косметологии (терапевтической) в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-004968 от 04.06.12г. выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (г. Москва, Оружейный пер., д.43, тел.(499) 251-83-00).
2. Настоящим Пациент подтверждает, что в доступной для него форме ему предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — соответственно программа, территориальная программа).

Ему также известно, что на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя размещена информация, содержащая сведения о порядке и условиях предоставления медицинской помощи.

**РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ПАЦИЕНТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «Изумруд-Мед»** | **ФИО:** |
| 129346, г.Москва ул. Изумрудная 52. |  |
| Тел. 495 4758853 | Паспорт: серия № |
| ИНН 7716712570 ОГРН 1127746222108р/с 40702810838000131177 к/с30101810400000000225 | Выдан: |
|  |
| БИК 044525225 ПАО СБЕРБАНК г. Москва | Когда: |

|  |  |
| --- | --- |
| Администратор ООО «Изумруд-Мед»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Дополнительное соглашение

к договору на оказание платной медицинской помощи №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Москва \_\_\_\_\_202\_г.

Гражданин (гражданка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Изумруд-Мед» в лице Администратора ООО «Изумруд-Мед», действующей на основании Доверенности №1 от 01.06.2021г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к договору заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна) в соответствии с требованиями Федерального закона от 21.11.2011г. №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» N 152-ФЗ Пациент, подписанием настоящего Дополнительного соглашения подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих:, фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, место жительства, место регистрации, дату регистрации, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, вид оказанной помощи, условия и сроки оказания медицинской помощи.
3. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Пациенту, Пациент предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные (в том числе по электронным каналам связи и посредством проведения теле консультаций и телеконференций) содержащие сведения, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам и медицинским сотрудникам Исполнителя в целях обследования и лечения Пациента при решении задач, возникающих в ходе лечебно-диагностического процесса по тактике диагностики, лечения, госпитализации пациента или иным вопросам, связанным с охраной здоровья Пациента.
4. Пациент предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по медицинской статистике, в рамках осуществления лицензионной деятельности по оказанию медицинской помощи, в том числе по ОМС (договором ДМС), при оказании медицинской помощи на платной основе и др.
5. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств в рамках уставной деятельности, в том числе и по работе в системе ОМС (по договору ДМС), в рамках платной помощи, на обмен (прием и передачу) персональными данными Пациента а так же сведений, составляющих врачебную тайну, с государственными органами управления и контроля в области здравоохранения Российской Федерации, со страховыми медицинскими организациями (и или территориальным фондом ОМС) или с иными юридическими лицами, с использованием машинных носителей или по электронным каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.
6. Срок хранения персональных данных Пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.
7. Передача персональных данных Пациента, а так же сведений, составляющих врачебную
8. тайну, иным лицам или иное их разглашение, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ, может осуществляться только с его письменного согласия.
9. Указанное в настоящем разделе согласие Пациента на обработку своих персональных данных действует бессрочно. Пациент оставляет за собой право отозвать данное свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть вручен лично под расписку соответствующему должностному лицу Исполнителя.
10. В случае получения письменного заявления Пациента об отзыве согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной Пациенту до этого медицинской помощи**.**
11. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ПАЦИЕНТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «Изумруд-Мед»** | **ФИО:** |
| 129346, г.Москва ул. Изумрудная 52. |  |
| Тел. 495 4758853 | Паспорт: серия № |
| ИНН 7716712570 ОГРН 1127746222108р/с 40702810838000131177 к/с30101810400000000225 | Выдан: |
|  |
| БИК 044525225 ПАО СБЕРБАНК г. Москва | Когда: |

|  |  |
| --- | --- |
| Администратор ООО «Изумруд-Мед»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение № 1**

 **к Договору на оказание платной медицинской помощи №**

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | Да |  | Нет |
| 1 |  Отмечаете ли Вы повышение артериального давления (выше 140/90)? |  |  |  |
| 2 |  Отмечаете ли Вы понижение артериального давления (ниже 100/60)? |  |  |  |
| 3 |  Отмечаете ли Вы одышку? |  |  |  |
|  |  - при физической нагрузке |  |  |  |
|  |  - в покое |  |  |  |
| 4 |  Отмечаете ли Вы регулярные головные боли? |  |  |  |
| 5 |  Отмечаете ли Вы боли за грудиной? |  |  |  |
| 6 |  Диагностировали ли у Вас повышение уровня сахара в крови? |  |  |  |
| 7 |  Употребляете ли Вы постоянно какие-либо лекарства (за исключением витаминов и гомеопатических средств) |  |  |  |
| 8 |  Когда Вы последний раз обращались к стоматологу? |  |  |  |
|  |  - в течение последнего года |  |  |  |
|  |  - более 1 года назад |  |  |  |
|  |  - более 2-х лет назад |  |  |  |
| 9  |  Имеются ли у Вас аутоимунные заболевания? Если "да", то какие? |  |  |  |
| 10 |  Ставился ли Вам диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС)»? |  |  |  |
| 11 |  Ставился ли Вам диагноз «инсульт»? |  |  |  |
| 12 |  Ставился ли Вам диагноз «гипертоническая болезнь»? |  |  |  |
| 13 |  Ставился ли Вам диагноз «диабет»? |  |  |  |
| 14 |  Имеются (лись) ли у Вас психические расстройства и расстройства поведения? |  |  |  |
| 15 |  Были ли у Вас выявлены злокачественные новообразования, гемобластозы? |  |  |  |
| 16 |  Ставился ли Вам диагноз «туберкулез»? |  |  |  |
| 17 |  Имеются ли у Вас заболевания, относящиеся к системным поражениям соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы? |  |  |  |
| 18 |  Имеются ли у Вас заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа? |  |  |  |
| 19 |  Были ли у Вас выявлены хронические гепатиты C, Е, F, G? |  |  |  |
| 20 |  Имеете ли Вы врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения?  |  |  |  |
| 21 | Была ли у Вас аллергия на медицинские препараты, пищевая? Если "да", то каким образом проявлялась? |  |  |  |
| 22 | Имеются ли у Вас неврологические заболевания? Если "да", то какие. |  |  |  |
| 23 |  Имеете ли Вы группу инвалидности? Если "да", укажите группу инвалидности и её причину |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим я подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми. Я проинформирован и согласен, что несу ответственность за достоверность предоставленной информации о состоянии здоровья.

 Пациент:

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