

Публичный договор-оферта на оказание платных медицинских услуг

г. Сургут

Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед - Лечебно-диагностический центр» («Договор-оферта» или «Договор») в порядке ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ (далее – «ГК РФ») является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские или иные услуги.

Физические лица, желающие принять (акцептовать) данную оферту, обязуются подписать Договор присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг по форме Приложения №1 к настоящему Договору. Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим оферту, в пределах указанного в ней срока.

Настоящий Договор-оферта действителен с «09» января 2025 г.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. **Заказчик** – физическое лицо, заключающее настоящий Договор с Исполнителем в отношении Пациента. Заказчик является стороной, оплачивающей медицинские и иные услуги по настоящему Договору. Заказчик и Пациент могут совпадать в одном лице.

1.2. **Исполнитель (по тексту договора – Медицинский центр)** – Общество с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед - Лечебно-диагностический центр» (ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ») (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица в Едином государственном реестре юридических лиц, выдано: Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Сургуту Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «25» декабря 2008 года, ОГРН 1088602011475), лицензия на право осуществления медицинской деятельности № Л041-1193-86/00383374 от «27» ноября 2019 г., лицензирующий орган: Служба по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, действует: бессрочно).

1.3. **Пациент** – потребитель, физическое лицо, непосредственного получающее медицинские услуги, оказываемые Исполнителем в объемах и порядке, установленном настоящим Договором. Пациент и Заказчик могут совпадать в одном лице.

1.4. **Сторона** – именуемый по отдельности Заказчик, Пациент или Медицинский центр.

1.5. **Стороны** – именуемые совместно Заказчики/или Пациент с одной стороны и Медицинский центр с другой стороны.

1.6. **Прейскурант** – действующий на момент оказания услуги утвержденный Управляющим Индивидуальным предпринимателем ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ», перечень оказываемых медицинских услуг и цен на них. Прейскурант доступен для публичного ознакомления на официальном сайте Медицинского центра в информационной сети Интернет, на стендах Медицинского центра и у администратора Медицинского центра.

1.7. В случае, если Заказчик и Пациент являются одним лицом, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент» и «Заказчик» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги Пациенту в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Заказчик обязуется их оплатить.

2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, указывается в действующем на момент обращения Пациента к Исполнителю Прейскуранте на медицинские услуги (Приложение № 2 к настоящему Договору).

2.3. Объем, сроки и время предоставления Пациенту медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовываются с Пациентом (законным представителем Пациента), в момент обращения Пациента к Исполнителю с целью получения медицинских услуг.

2.4. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по следующим адресам: **ХМАО-Югра, г. Нефтеюганск, 16-й микрорайон, строение 33/1, помещение № 2 и ХМАО-Югра, г. Сургут, ул. Сергея Безверхова, д. 12/3, офис 3**, в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами оказания медицинских услуг, размещенных на информационных стендах Исполнителя, официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет, а также у администратора Медицинского центра.

При необходимости может осуществляться выезд специалиста Медицинского центра по другому адресу («вызов на дом») после предварительного согласования с администрацией Медицинского центра и специалистом. Расходы Исполнителя за «вызов на дом» оплачивает Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента), в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

2.5. Медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента) на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, по форме, согласованной Сторонами в Приложении № 3 и 3.1 к настоящему Договору.

2.6. Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после оказания медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.

2.7. Настоящий договор заключен на неопределенный срок.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

3.1.1.1. о порядке оказании медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3.1.1.2. данных о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

3.1.1.3. другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.1.3. Оказывать Пациенту с его согласия медицинские услуги в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

3.1.4. Обеспечить для оказания медицинских услуг помещения, соответствующие санитарным и гигиеническим требованиям, а также оснащение, соответствующее обязательным нормам и правилам, предъявляемым к данной услуге.

3.1.5. Оформить необходимые для обслуживания Пациента медицинские документы, в том числе медицинскую (амбулаторную) карту.

3.1.6. Информировать Заказчика/Пациента о невозможности выполнения медицинских услуг в рамках настоящего Договора по объективным причинам (болезнь или отпуск специалиста, поломка аппаратуры и др.) и о дате возможного возобновления оказания медицинских услуг.

3.1.7. Предоставлять Заказчику/Пациенту (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

3.1.7.1. 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;

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

3.1.8. Информировать Пациента о возможности возникновения осложнений при оказании медицинских услуг.

3.1.9. Исполнитель после исполнения договора выдает Пациенту копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.10. По требованию Заказчика/Пациента предоставить для ознакомления документы, подтверждающие специальную правоспособность Исполнителя.

3.1.11. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных Заказчика/Пациента.

3.1.12. При оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий.

3.1.13. Информировать Заказчика/Пациента в процессе оказания медицинских услуг о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не согласованных с Пациентом (его законным представителем) в момент его обращения к Исполнителю.

Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к Договору присоединения либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.1.14. При предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

3.1.14.1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

3.1.14.2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

3.1.14.3. на основе клинических рекомендаций;

3.1.14.4. с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.15. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.16. Предоставить информацию, перечисленную в п.п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации 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 4 октября 2012 г. № 1006».

3.1.17. В рамках исполнения настоящего Договора при наступлении соответствующих обстоятельств Исполнитель обязуется немедленно известить Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) о невозможности оказания ему Медицинских услуг либо сокращения объема оказываемых Медицинских услуг. Такими обстоятельствами могут быть: медицинские противопоказания; заболевание, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях; если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента; отсутствие у Исполнителя необходимых специалистов, оборудования, инструментария, непереносимость лекарственных средств; неподготовленность Пациента к проведению процедуры и т.д. В случае невозможности оказания услуги Исполнитель уведомляет Пациента и организует возврат ему оплаченной стоимости не оказанных Медицинских услуг.

3.2. Заказчик/Пациент обязуется:

3.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

3.2.2. Оплатить стоимость медицинских услуг в сроки и порядке, которые определены настоящим Договором.

3.2.3. До оказания медицинской услуги предоставить Исполнителю максимально подробную информацию о состоянии здоровья, отягощенной наследственности, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях Пациента, что может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

3.2.4. Соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами, включая медицинских работников, в случае если он знает о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих.

3.2.5. Сообщать Исполнителю сведения о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих, при использовании крови, биологических жидкостей Пациента.

3.2.6. Сообщать Исполнителю о жалобах Пациента, перенесенных заболеваниях, обращениях за медицинской помощью, изменениях в состоянии здоровья.

3.2.7. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных (Приложении № 2 к настоящему Договору).

3.2.8. Предоставить Исполнителю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане (родители, законные представители) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ПрофЭнергоМед-ЛДЦ» (Приложения № 3, 3.1 к настоящему Договору).

3.2.9. Соблюдать график приема врачей специалистов.

3.2.10. Информировать медицинский центр о необходимости отмены или изменения назначенного Пациенту времени получения (оказания) медицинской услуги, не позднее, чем за 1 (один) день до даты приема. Данное уведомление передается по телефону или электронной почте.

Для медицинских услуг, оказываемых в г. Нефтеюганске, рекомендуется использовать следующие контактные данные:

– Телефон: +7 (3463) 24-83-40

– Электронную почту: nreg@profenergomed.com

Для медицинских услуг, оказываемых в г. Сургуте, рекомендуется использовать следующие контактные данные:

– Телефон: +7 (3462) 52-05-20

– Электронная почта: centr@profenergomed.com

В случае записи на медицинские услуги в тот же день, что и получение (оказание) медицинской услуги, Пациент обязан уведомить медицинский центр об изменениях или отмене записи не менее чем за 2 (два) часа до назначенного времени приема.

3.2.11. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинском центре.

3.2.12. Ознакомиться с правилами (положениями), устанавливающими условия и порядок оказания медицинских услуг в медицинском центре, в последующем строго соблюдать указанные правила.

3.2.13. Уважительно относиться к другим пациентам и посетителям медицинского центра, к медицинскому и обслуживающему персоналу, соблюдать общепринятые правила этики и поведения.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Самостоятельно определять действия, направленные на оказание незамедлительной медицинской помощи Пациенту.

3.3.2. С целью исполнения обязательств по настоящему Договору привлекать третьих лиц, которые имеют лицензию на осуществление медицинской деятельности.

3.3.3. Получать от Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или недостоверного предоставления Заказчиком/Пациентом (законным представителем Пациента) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.3.4. Не приступать к оказанию Медицинских услуг в случае отсутствия платежа со стороны Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента).

3.4. Заказчик/Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.4.4. На облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

3.4.5. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.6. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.7. Заказчик/Пациент имеет право на получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья, на отказ от медицинского вмешательства (Приложение № 3.2 к настоящему Договору).

3.4.8. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

3.5. До заключения Договора присоединения Исполнитель в устной либо письменной форме уведомляет Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента.

3.6. Пациент соглашается с тем, что при осмотре и лечении может возникнуть необходимость в проведении дополнительных методов обследования и лечения. Врач-специалист Исполнителя, принимающий участие в оказании Медицинских услуг, вправе для уточнения диагноза и выбора оптимального лечения направить Пациента к другому специалисту. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя он имеет право направить Пациента в другие специализированные медицинские учреждения. Ответственность за выполнение или невыполнение этих рекомендаций врача несет Пациент. В случае если Пациент отказывается посетить других специалистов (выполнить дополнительные диагностические процедуры), лечащий врач вправе отказаться лечить Пациента, поскольку не имеет полной и достоверной информации для принятия решения о диагнозе и выборе плана лечения.

3.7. Пациент соглашается с тем, что проводимое лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

3.8. Пациент имеет право в любой момент в письменной форме отказаться от Медицинских услуг/медицинского вмешательства (Приложение № 3.2. к настоящему Договору), при этом оплатив Исполнителю фактически оказанные Пациенту Медицинские услуги, а при отказе от оказания услуг - фактически понесенные в этой связи расходы. Отказ Пациента от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его законным представителем, а также лечащим (дежурным) врачом. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач.

4. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. Платные медицинские услуги оплачиваются Заказчиком по стоимости согласно Прейскуранту, действующему на момент заключения Договора присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг.
- 4.2. Заказчик осуществляет 100%-ю предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 4.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
- 4.4. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
- 4.5. В случае если необходимость оказания Медицинских услуг возникла на приеме (в процессе обследования; выявления факторов, требующих дополнительного лечебно-диагностического обследования ввиду малой предсказуемости определения всего объема услуг (работ)) и Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) выразил свое согласие на оказание ему дополнительных Медицинских услуг. Оплата производится в кассе Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя непосредственно до оказания соответствующих Медицинских услуг, с последующим обязательным заключением дополнительного соглашения, согласно п. 3.1.13 настоящего Договора.
- 4.6. *В случае если та или иная Медицинская услуга не была оказана по вине одной из сторон, Заказчику/Пациенту (законному представителю Пациента) предлагается на выбор:*
- 4.6.1. Согласовать с сотрудниками Исполнителя и перенести дату оказания данной услуги на другое время, если невозможность оказания услуги вызвана временными причинами (поломка оборудования, неправильная подготовка пациента к процедуре, опоздание на прием и т.п.).
- 4.6.2. Написать заявление на возврат денежных средств за оплаченную, но не оказанную услугу. Возврат осуществляется в безналичной форме на банковскую карту, которая была использована при оплате данной услуги. При возврате денежных средств Исполнитель имеет право удержать сумму фактических затрат по подготовке к исполнению услуги (закупленные специально для исполнения услуги лекарственные средства, расходные материалы). Вышеуказанные лекарственные средства и/или расходные материалы после их оплаты (удержания их стоимости из возвращаемой Пациенту суммы) по желанию Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) могут быть переданы ему (при возможности, если это не противоречит санитарным правилам и нормам). Возврат денежных средств в соответствии с настоящим пунктом производится в течение 10 (десяти) банковских дней с даты передачи сотрудникам Медицинского центра соответствующего заявления на возврат денежных средств.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

- 5.1. Все споры, возникающие при выполнении настоящего Договора, решаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, все неурегулированные вопросы подлежат разрешению в суде в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.2. В письменной претензии Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) обязуется указать свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), телефон, электронную почту, почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ (уведомление о переадресации обращения), изложить суть предложения, заявления или жалобы, поставить личную подпись и дату, а также указать данные представителя: ФИО, телефон, электронную почту, почтовый адрес, доверенность либо иной документ на основании, которого происходит представление интересов Заказчика/Пациента (при наличии представителя). В случае необходимости, в подтверждение своих доводов Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.
- 5.3. Претензия может быть передана Заказчиком/Пациентом (законным представителем Пациента) следующими способами:
- 5.3.1. направляется по почте РФ письмом с объявленной ценностью и описью вложения или же курьерской службой;
- 5.3.2. ответственному сотруднику (администратору регистратуры, должностным лицам Медицинского центра), с приложением документа, удостоверяющего факт оплаты.
- 5.4. Претензия должна быть рассмотрена Исполнителем в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее регистрации.
- 5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору-оферте и Договору присоединения, если оно явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору и договору присоединения.
- Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.
- 5.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.
- 5.7. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора-оферты и Договору присоединения, причиной которого стало нарушение Заказчиком/Пациентом (законным представителем Пациента) условий настоящего Договора и принятых на себя обязательств; добровольного информированного отказа Заказчика/Пациента (законного представителя Пациента) от лечения; непредставление пациентом полной и достоверной информации о состоянии здоровья, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.8. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги, до момента ее оказания. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
- 5.9. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента) обязан возместить Исполнителю причиненный ущерб в полном объеме.
- 5.10. В случае использования в рамках оказания услуги лекарственных препаратов, принесенных и приобретенных

Заказчиком/Пациентом (законным представителем Пациента) самостоятельно, ответственность за побочные эффекты, связанные с этим фактом, несет Заказчик/Пациент (законный представитель Пациента).

5.11. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика/Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Исполнитель вправе в одностороннем порядке вносить изменения в настоящий Договор, приложения к договору, прейскурант, перечень медицинских услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем. В случае изменения Исполнителем какого-либо документа, указанного в настоящем пункте, такие изменения доводятся до сведения Заказчика/Пациента путем размещения соответствующей информации на информационных стендах Исполнителя и официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет.

6.2. Договор может быть расторгнут:

6.2.1. по соглашению Сторон;

6.2.2. в случае существенного нарушения одной из Сторон условий Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

6.2.3. любой из Сторон в одностороннем порядке с уведомлением по электронной почте или в бумажном письменном виде не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до предполагаемой даты расторжения Договора. Договор считается расторгнутым с 11 (одиннадцатого) рабочего дня, если иное не указано в уведомлении.

6.3. При отказе Заказчика/Пациента от получения медицинских услуг и/или при расторжении Договора (Заказчик/Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору и/или его приложению).

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Конфиденциальной считается информация, отнесенная Федеральным законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 г. к персональным данным. Медицинский центр обязуется принимать все необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных Заказчика и Пациента от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации и/или настоящим Договором, дополнениями/приложениями к нему.

7.2. С письменного согласия Пациента (его законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

7.3. Принимая условия настоящего Договора, Заказчик, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку его персональных, а также специальных и биометрических данных медицинским центром (он же «Оператор») и его уполномоченным сотрудникам.

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских и иных услуг по профилю деятельности Медицинского центра на основании настоящего Договора-оферты.

7.4. Перечень персональных данных, подлежащих обработке: • фамилия, имя, отчество; • пол, возраст; • паспортные данные; • физиологические особенности человека; • состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации; • место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны; • привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.); • семейное положение, наличие детей, родственные связи; • состояние здоровья (специальные данные).

7.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

7.6. Передача персональных данных ограничена исключительно целями оказания услуги и обусловлена исключительно технической необходимостью.

7.7. Пациент может потребовать в письменном виде уничтожить его персональные данные в любой момент после окончания оказания услуг.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1 При обращении Пациента в медицинский центр он подписывает Договор о присоединении к данному Договору-оферте. Со стороны Медицинского центра в качестве подписи может использоваться факсимиле подписи уполномоченного представителя Медицинского центра.

8.2 По требованию Заказчика, Медицинским центром оформляется и предоставляется бумажный дубликат настоящего Договора.

8.3 В случае, если одно или более положений Договора является по какой-либо причине незаконным, не имеющим юридической силы, то такая недействительность не оказывает влияния на действительность любого другого положения Договора, и Договор должен толковаться таким образом, как если бы он не содержал такого недействительного положения.

8.4 Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по настоящему Договору.

8.5 Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомился с правилами поведения, Положением о порядке и условиях оказания медицинских услуг в Медицинском центре, утвержденных Медицинским центром, и обязуется соблюдать их.

8.6 Заказчик подтверждает, что до заключения Договора уведомлен о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) медицинского центра (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставления медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.7 Заказчик осведомлен о том, что он имеет право получить медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий, бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях по месту его регистрации.

8.8 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.8.1. Приложение № 1 – Форма «Договор присоединения к публичному договору – оферте на оказание платных

медицинских услуг».

8.8.2. **Приложение № 2** – «Согласие на обработку персональных данных».

8.8.3. **Приложение № 3** – «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане (родители, законные представители) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ПрофЭнергоМед-ЛДЦ».

8.8.4. **Приложение № 3.1** – Форма «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство».

8.8.5. **Приложение № 3.2** – Форма «Отказ от медицинского вмешательства».

9. РЕКВИЗИТЫ ООО «ПРОФЭНЕРГОМЕД-ЛДЦ»

Исполнитель:

Полное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед – Лечебно-диагностический центр»

Сокращенное наименование: ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ»

Юридический адрес: 628408, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Сургут, ул. Сергея Безверхова, д. 12/3,
офис 3

Фактический адрес: 628408, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Сургут, ул. Сергея Безверхова, д. 12/3,
офис 3

Обособленное подразделение: Лечебно-диагностический центр: Российская Федерация, Тюменская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Нефтеюганск, 16-й микрорайон, строение 33/1, помещение № 2

телефон: +7 (3462) 77-48-77

E-mail: office@profenergomed.com

ИНН 8602138709, **КПП** 860201001

ОГРН 1088602011475

Р/с 40702810538310001514

К/с 30101810100000000964

в Филиале «Екатеринбургский» АО «Альфа-Банк» г. Екатеринбург

БИК 046577964

Подписанты:

Управляющий Индивидуальный предприниматель Мелентьева Зарина Исламовна, действующий на основании Договора о передаче полномочий единоличного исполнительного органа Общества Управляющему № б/н от 21.12.2023 г. и Устава

**Договор присоединения
к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг**

г. Сургут

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед - Лечебно-диагностический центр» (далее - ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, действующее на основании Лицензия № Л041-1193-86/00383374 от 27.11.2019 г., в лице Заведующей ЛДО **Решетниковой Ольги Юрьевны**, действующей на основании Доверенности № 56-25/П от 09.01.2025 г., с одной стороны, и

ФИО, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик/Пациент»**, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор присоединения к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий договор присоединения (в соответствии со ст. 428 ГК РФ) является официальным предложением Исполнителя о заключении публичного Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг любому лицу, желающему получить медицинскую услугу в учреждении Исполнителя. Акцептом условий договора присоединения является подписание Заказчиком настоящего документа и оплата указанных в нем услуг, что удостоверяет факт заключения публичного Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг между Исполнителем и Заказчиком, текст которого размещен на официальном сайте Исполнителя, по адресу: <https://профэнергомед.рф/>, а также на информационном стенде в клинике Исполнителя.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Предметом договора является оказание платных медицинских услуг _____ (ФИО пациента, дата рождения), наименование, стоимость, дата и место оказания, которых отображены в приложении № 1 к настоящему Договору (Перечень оказываемых услуг) и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. Перечень, цена, дата и место оказания услуг:

Артикул услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	№ кабинета	Дата/время

2.3. Подписывая настоящий Договор присоединения, «Заказчик/Пациент» дает свое согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в пп. 1, 3 ст. 3, 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» и дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Настоящим Заказчик/Пациент удостоверяет, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство им прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме.

2.4. Условия согласия на обработку персональных данных и условия информированного добровольного согласия на исследования, вмешательства, операции, лечение размещены на официальном сайте Исполнителя, по адресу: <https://профэнергомед.рф/>.

3. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3.1. Настоящий Договор присоединения составлен в 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по 1 (одному) экземпляру для каждой из Сторон.

4. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ»	Заказчик/Пациент:	
Адрес:	628408, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Сургут, ул. Сергея Безверхова, д. 12/3, офис 3	Паспортные данные:	
ИНН / КПП ОГРН	8602138709 / 860201001 1088602011475	Адрес:	
Банковские реквизиты:	Р/с 40702810538310001514 К/с 30101810100000000964 в Филиале «Екатеринбургский» АО «Альфа-Банк» г. Екатеринбург БИК 046577964	Контакты:	
Контакты:	Тел.: +7 (3462) 77-48-77 E-mail: office@profenergomed.com	Электронный адрес для направления результатов исследований (E-mail):	
Заведующая ЛДО:	О.Ю. Решетникова (подпись)	Заказчик/Пациент:	 (подпись)

Согласие на обработку персональных данных

Настоящим я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», ст. 13 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, даю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ» (далее – «Оператор») моих (Пациента) персональных данных, персональных данных моего ребенка (подопечного), в порядке, указанном в Разделе 8 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Медицинского центра в от «09» января 2025 г., включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), информацию о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, и иная информация, полученная при моем обследовании и лечении (далее – «персональные данные») при условии, что обработка данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью или уполномоченными сотрудниками Медицинского центра для обеспечения оказания мне услуг.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, персональными данными моего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, персональные данные моего ребенка (подопечного) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне (Пациенту), моему ребенку (подопечному) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Настоящее согласие дано мной с момента подписания договора присоединения к настоящему Договору-оферте и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи, с чем Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Подписывая настоящее согласие, подтверждаю, что обладаю гражданской дееспособностью и не лишен ее ни полностью, ни частично.

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане (родители, законные представители) дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ»

Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от «23» апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации «05» мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед – ЛДЦ».

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме проинформирован(а) о проведении медицинских вмешательств.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятна суть проведения медицинского вмешательства, я добровольно даю свое согласие на проведение мне медицинского вмешательства, лабораторные и функциональные, рентгенологические, методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования, введение лекарственных препаратов, медицинский массаж, физиопроцедуры.

Я понимаю необходимость проведения медицинского вмешательства и предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисках, включая независящих от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью).

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

«__» _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

ФОРМА

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

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

«____» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«____» _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**

в **Обществе с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед - Лечебно-диагностический центр»**
(полное наименование медицинской организации)

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь **(ненужное зачеркнуть)**, в том числе после смерти:

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

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

_____ (подпись)

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

_____ (подпись)

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

«____» _____ Г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

ФОРМА

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «____» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ «____» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в **Обществе с ограниченной ответственностью «ПрофЭнергоМед - Лечебно-диагностический центр»**
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н²: _____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ «____» _____ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) (дата оформления)

² Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.