

Условия Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг

Настоящие условия договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Медицинской организацией, входящей в группу компаний «Медицинский центр «Двадцать первый век» (далее – «Клиника», «Исполнитель»), являются условиями договора-оферты в соответствии с положениями ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские и сопутствующие услуги.

Физическим лицам, желающим получать медицинские услуги в клиниках Исполнителя, на дому или дистанционно, рекомендуется внимательно ознакомиться с текстом настоящих условий договора-оферты и, в случае согласия с условиями настоящего договора, включая права и обязанности сторон, подписать Договор о присоединении.

Договор о присоединении может быть подписан Пациентом, представителем Пациента или иным Заказчиком на бумажном носителе либо в электронном виде с использованием простой, усиленной неквалифицированной или квалифицированной электронной подписи.

Договор-оферта на оказание медицинских услуг (далее – Договор) будет считаться заключенным со дня получения Исполнителем Договора о присоединении, подписанного на бумажном носителе, либо в электронном виде, либо со дня совершения Пациентом и/или Заказчиком действий, направленных на выполнение условий договора на оказание медицинских услуг, включая согласование перечня услуг (в том числе по телефону, на сайте и/или иным образом), получение услуг, внесение частично или полностью оплаты по договору с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона РФ «О защите прав потребителей».

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1.1 Заказчик (Пациент) поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство оказать платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором, а Заказчик (Пациент) обязуется надлежащим образом принять и оплатить оказанные услуги. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, размещен на официальном сайте Исполнителя, а также на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.

1.2. Объем, сроки оказания, стоимость и порядок оплаты услуг, которые Исполнитель оказывает после их согласования на условиях настоящего договора, а также при последующих обращениях в течение всего срока его действия, согласовываются сторонами при каждом обращении Пациента к Исполнителю и фиксируются в Приложениях к Договору, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора, в том числе Программах реабилитации. Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Пациента). Без согласия Заказчика (Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

1.3 Общие условия и порядок оказания медицинской помощи Пациентам устанавливаются Исполнителем в «Правилах оказания медицинской помощи», с которыми Заказчик (Пациент) могут ознакомиться на официальном сайте или в амбулатории Исполнителя. По требованию Заказчика (Пациента) такие Правила могут быть предоставлены ему в распечатанном виде, как при заключении Договора, так и на основании отдельного обращения.

1.4. Заказчик (Пациент) настоящим уведомляется, что соответствующие медицинские услуги он вправе получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения.

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги Пациентам в соответствии с графиком работы Исполнителя. По соглашению сторон может быть установлен индивидуальный график оказания услуг отдельным Пациентам.

1.6. Исполнитель оказывает медицинскую помощь в плановом порядке, по записи через Круглосуточный координационный центр. Прием вне графика возможен только в виде исключения в порядке очереди по мере освобождения врача, либо вне очереди по экстренным показаниям.

1.7. Настоящие условия распространяют свое действие при заключении договора на оказание платных медицинских услуг со всеми Пациентами / Заказчиками, независимо от того, кто фактически производит оплату оказанных Пациенту медицинских услуг (сам пациент, Заказчик/Плательщик, страховая компания или иное лицо).

1.8. До заключения договора Заказчик (Пациент) уведомлен о том, что пациенты обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача и/или иных медицинских работников Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Пациента). Настоящее уведомление является письменным и подписанием Договора Заказчик (Пациент) подтверждает факт предварительного письменного уведомления.

1.9. В соответствии с действующим Законодательством РФ Пациент является Потребителем услуг, на него распространяются права и обязанности, установленные ФЗ «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 года.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 оказывать медицинскую помощь Пациенту в соответствии с настоящими условиями Договора, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 года и Федеральным законом «О защите прав потребителей» № 2300-1 от 07.02.1992 года, а также Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг ...».

2.1.2. после оказания медицинской услуги однократно безвозмездно предоставить Заказчику (Пациенту) копии медицинских документов и выписки из них, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, результатов лабораторных и иных исследований, рентгеновских снимков. Все последующие копии этих документов будут предоставляться Заказчику (Пациенту) в порядке и в сроки, установленные Исполнителем.

2.1.3. оказывать согласованную медицинскую помощь / медицинские услуги самостоятельно. При невозможности оказать услуги самостоятельно Исполнитель по своему усмотрению либо привлекает третьих лиц для оказания такой помощи / услуг, либо направляет Пациента в стороннее ЛПУ. В случае направления Пациента в ЛПУ, входящее в Группу компаний «XXI век», Исполнитель несет ответственность за действия или бездействие такого ЛПУ, как за свои собственные. Исполнитель заверяет, что соответствующие полномочия всеми организациями, входящими в Группу компаний «Медицинский центр «XXI век», ему предоставлены в установленном законом порядке, а также гарантирует соблюдение ЛПУ, входящими в Группу компаний «XXI век» врачебной тайны, соблюдение конфиденциальности информации.

2.1.4. при необходимости организовать оказание услуг, сопутствующих медицинским, таких как госпитализация в стационар с сопровождением, транспортировка Пациентов с ограниченными возможностями к передвижению по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, прокат медицинского инвентаря и другое, с перечнем таких услуг возможно ознакомиться на сайте <https://tlb21vek.ru/> или уточнить у администратора в Клинике. Организация таких услуг оплачивается по Прейскуранту Исполнителя.

2.1.5. выдать Пациенту / Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских и сопутствующих услуг.

2.2. Пациент / Заказчик обязуется:

2.2.1. принять оказанные Исполнителем услуги (обеспечить их надлежащее принятие Пациентом) путем подписания подтверждающих документов, в том числе Приложения / Акта по любому этапу оказания услуг. Услуги будут считаться принятыми Пациентом / Заказчиком если Приложение / Акт подписан не был, но рекламация по поводу оказанной услуги от Пациента / Заказчика в течение трех рабочих дней со дня оказания услуги от Пациента / Заказчика не поступила.

2.2.1.1. оплачивать оказанные услуги в день их оказания и в полном объеме. 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. В отдельных случаях по требованию Исполнителя Пациент оплачивает услуги путем предварительной оплаты в полном объеме.

2.2.1.2. при отказе Заказчика/Пациента от получения медицинских услуг и/или при расторжении Договора Исполнитель проводит перерасчет стоимости услуг и возвращает денежные средства в объеме переплаты в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения письменного уведомления от Заказчика/Пациента об одностороннем отказе от получения медицинских услуг и/или расторжения Договора.

2.2.2. немедленно письменно уведомить Исполнителя об особых требованиях Пациента к качеству или количеству услуг до начала их оказания.

2.2.3. информировать врача или медицинскую сестру при получении услуги о состоянии своего здоровья (здоровья Пациента), перенесенных или имеющихся заболеваниях, об анатомо-физиологических особенностях организма (в том числе реакциях на препараты или манипуляции), контакте с инфекционными больными, а также обо всех принимаемых лекарственных и иных препаратах, об особенностях питания или образа жизни. Неисполнение этого обязательства может повлечь неблагоприятные последствия для Заказчика (Пациента) при отсутствии вины Исполнителя.

2.2.3.1. сообщить медицинскому работнику сведения о наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих, в том числе: при использовании крови, биологических жидкостей Пациента и т.п. Соблюдать меры предосторожности при контактах с третьими лицами, включая медицинских работников и других пациентов, при наличии у Пациента заболевания, представляющего опасность для окружающих.

2.2.4. выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, соблюдать назначенный режим лечения, в том числе определенный период временной нетрудоспособности. При несогласии с рекомендациями или лечением, уведомить об этом врача незамедлительно для корректировки назначений или получения дополнительных разъяснений. Не корректировать назначения самостоятельно. Несоблюдение этого обязательства может снизить желаемый эффект от медицинской услуги, изменить сроки лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента в целом.

2.2.5. незамедлительно извещать Исполнителя обо всех осложнениях и изменениях в состоянии здоровья Пациента, возникших в процессе лечения.

2.2.6. вовремя являться на запланированные консультации или процедуры. При невозможности явиться на запланированный прием, обязательно уведомить об этом Координационную службу или администратора Исполнителя.

2.2.7. при посещении амбулатории, при госпитализации в стационар, при получении результатов исследований и иных медицинских документов, а также при оформлении любых заявлений, иметь при себе и предъявить по первому требованию администратора паспорт гражданина РФ (или временное удостоверение личности гражданина РФ, выданное на срок оформления паспорта гражданина РФ) (для иностранных граждан – паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина). При запросе и получении документов или информации в отношении третьих лиц, предъявлять доверенность или иной документ, подтверждающий право получения таких документов или информации.

2.2.8. предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных / персональных данных Пациента, представителем которого является Заказчик при наличии соответствующих полномочий.

2.2.9. 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 первичном обращении.

2.3. Исполнитель вправе:

2.3.1. в одностороннем порядке приостановить оказание согласованных услуг в случае потенциальной возможности нанесения любого вреда здоровью Пациента, неадекватного поведения Пациента, в случае нарушения Пациентом (Заказчиком) любого из условий настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных положениями ст. 70 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.3.2. в одностороннем порядке приостановить оказание последующих услуг, если Заказчик (Пациент) не оплатил или не полностью оплатил ранее оказанные услуги. Исключение составляет медицинская помощь по жизненным показаниям.

2.3.3. при опоздании Пациента на прием более чем на 10 минут, администратор вправе пригласить на прием следующего по очереди пациента или пациента вне записи. Опоздавший Пациент будет принят в порядке очереди или перезаписан на другое время.

2.3.4. отказать Пациенту в приеме, если он пришел без предварительной записи, и, если в расписании соответствующих специалистов отсутствует свободное время.

2.3.5. отказать Пациенту в предоставлении ему оригинала медицинской карты, хранящейся в архиве Исполнителя в соответствии с действующим законодательством. Любая медицинская документация предоставляется Пациенту в виде копий.

2.3.6. незначительно (в пределах 20 минут) корректировать согласованное время начала приема врача, если оказание помощи предыдущему Пациенту по объективным причинам задерживается.

2.3.7. отказать в оказании медицинской услуги Пациенту не владеющему русским языком в отсутствие переводчика, за исключением помощи по жизненным показаниям.

2.3.8. отказать в оказании медицинской услуги Пациенту, если такая услуга не показана в конкретном случае, не назначена врачом или может причинить Пациенту вред.

2.3.9. вести фото и видео фиксацию в процессе лечения / реабилитации, использовать ее при оценке прогресса лечения / реабилитации, для контроля хода и качества лечения. Пациент письменно предоставляет Исполнителю право на создание, использование или распространение фото и видео материалов, либо письменно отказывается в таком праве и может потребовать их полного уничтожения.

2.3.10. в одностороннем порядке вносить изменения в настоящие условия оказания платных медицинских услуг, изменять форму приложений к договору, прейскурант, перечень медицинских услуг, в положения, устанавливающие условия и правила оказания медицинских услуг Исполнителем, если такие изменения не противоречат положениям статьи 16 Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

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.

2.4. Заказчик / Пациент вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации почтовым отправлением или иным способом, указанным на сайтах соответствующих организаций в сети Интернет. Обращение (жалобу) Исполнителю можно направить почтовым отправлением на адрес, указанный в разделе «Реквизиты» настоящего Договора, путем подачи администратору Клиники или по электронной почте: medinfo@mc21.ru

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по Договору установлена в Прейскуранте (с Прейскурантом можно ознакомиться на сайте или у администратора Клиники) или в Соглашении об объеме и стоимости медицинских услуг. Оплата производится по Прейскуранту, действующему на день согласования объема услуг, а для курсовых услуг (в том числе процедур), на день оказания первой услуги из назначенного курса.

3.2. Услуги могут быть оплачены Заказчиком / пациентом как после их получения, так и путем полной или частичной предоплаты. Порядок оплаты устанавливает Исполнитель. Оплата услуг производится путем внесения полной оплаты безналичным платежом на реквизиты, указанные в счете, или в кассе Исполнителя или медицинскому работнику при оказании выездной услуги, с учетом положений п.2.2.1.1. настоящих Условий (если иное отдельно не согласовано Сторонами).

3.2.1. Оплата оказанных медицинских услуг Пациентам, застрахованным по договору добровольного медицинского страхования, производится по Согласованию со страховой компанией, в соответствии с условиями договора, заключенному Исполнителем с соответствующей страховой компанией. При отсутствии согласования Страховой

компанией оказываемых медицинских услуг Пациент / представитель пациента самостоятельно оплачивает оказанные Пациенту медицинские услуги (если иное не согласовано Сторонами).

3.2.1. Оплата оказываемых медицинских и прочих услуг Пациентам, плательщиком по Договору с которыми является третье лицо, производится по согласованию с плательщиком. При отсутствии согласования плательщика оплаты оказываемых услуг Пациент / представитель Пациента самостоятельно оплачивает оказанные Пациенту услуги (если иное не согласовано Сторонами).

3.3. При наличии у Пациента / Заказчика задолженности по оплате ранее оказанных услуг, при получении медицинских услуг анонимно, в случае, если Пациент не является гражданином Российской Федерации, в случае непредставления Заказчиком / Пациентом данных документа, удостоверяющего личность, а также в иных случаях на усмотрение Исполнителя, Исполнитель вправе приступить к оказанию медицинских услуг только после их полной оплаты и предоставления всей информации о Пациенте, необходимой для оказания ему медицинской помощи / услуг.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящей статьей, Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. В случае невозможности исполнения договора, возникшей по вине Пациента или Заказчика, согласованные услуги подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент / Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4.3. В случае появления любых претензий к качественным или количественным характеристикам оказанной услуги, Пациент / Заказчик обязан немедленно сообщить об этом Исполнителю путем направления ему письменного обращения/Претензии. В противном случае услуга считается надлежаще оказанной и считается принятой Пациентом / Заказчиком с момента подписания им консультативного заключения и/или Приложения к Договору.

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ.

5.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством РФ.

5.2. Все споры, связанные с исполнением Сторонами настоящего Договора или вытекающие из него, разрешаются ими путем переговоров и/или в претензионном порядке. Претензии к Исполнителю предъявляются в письменном виде.

5.3. Споры, не разрешенные путем переговоров и/или в претензионном порядке, разногласия или претензии в связи с Договором и по другим правоотношениям, либо их нарушением, прекращением или недействительностью, будут разрешены в судебных органах в соответствии с подсудностью, определенной законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Договор платных медицинских услуг заключается на неопределенный срок (если иное не согласовано Сторонами) и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе любой стороны в соответствии с действующим законодательством РФ, а также по письменному соглашению Сторон. Прекращение действия настоящего Договора по любым основаниям не освобождает стороны от исполнения в полном объеме своих обязательств, принятых до даты прекращения действия настоящего Договора. Также прекращение действия настоящего Договора не освобождает Исполнителя от обязанности предоставления медицинской документации Пациента

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Конфиденциальной считается информация, отнесенная Федеральным законом РФ № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. к персональным данным. Исполнитель 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 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 настоящие условия Пациент/Заказчик, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку его данных Исполнителем (он же «Оператор») и его уполномоченным сотрудникам, а также передачу персональных данных медицинским учреждениям / организациям, привлеченным Исполнителем для оказания Пациенту медицинских и сопутствующих услуг.

Целью обработки персональных данных является оказание медицинских и иных услуг по профилю деятельности Исполнителя на основании настоящих условий к Договору-оферты.

7.4. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент/представитель Пациента 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.

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

7.6. Пациент /представитель Пациента может отозвать в письменном виде согласие на обработку персональных данных, потребовать в письменном виде уничтожить его персональные данные в любой момент после окончания оказания услуг. Соответствующее заявление в письменном виде направляется Исполнителю по адресу, указанному на сайте и/или в Договоре о присоединении.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. При обращении в медицинский центр Пациент / Заказчик подписывает Договор, что является подтверждением ознакомления и согласия Пациента с условиями оказания медицинских услуг. Со стороны Медицинского центра в качестве подписи может быть использована факсимиле подписи руководителя или главного врача.

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

8.3. Пациент / Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомился со всеми документами, касающимися правил и порядка получения услуг в клинике Исполнителя, размещенными на сайте Исполнителя и/или на информационных стендах в амбулаториях Исполнителя, и обязуется соблюдать их.

8.4. Пациент / Заказчик предоставляет Исполнителю контактный номер телефона и настоящим дает согласие на получение сообщений о дате и месте приема по записи, а также иной информации от Исполнителя, касающейся оказания медицинских услуг. При изменении номера телефона, а также при отказе от номера телефона, Пациент / Заказчик обязуется уведомить об этом Исполнителя любым удобным способом. При несоблюдении такого требования ответственность за все возможные негативные последствия, включая невозможность связаться с Пациентом / Заказчиком, а также возможность использования третьими лицами телефонного номера, ранее принадлежавшего Пациенту / Заказчику, полностью возлагается на Пациента / Заказчика.

8.5. Пациент / Заказчик, желающий получать результаты лабораторных исследований (анализы) и иные документы по электронной почте, указывает ее при подписании Договора присоединения, либо в личном кабинете на сайте Исполнителя, либо при посещении амбулаторной площадки уведомляет об этом администратора МЦ и оформляет соответствующее заявление. Все риски, связанные с возможностью доступа третьих лиц к указанной электронной почте, несет Пациент/Заказчик.

8.6. Предоставляя информацию (включая паспортные и иные персональные данные) о третьих лицах для целей исполнения настоящего Договора, Пациент / Заказчик подтверждает и гарантирует, что такие третьи лица уведомлены о целях и условиях передачи их персональных данных, и дали свое согласие.

8.7. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи на настоящем договоре и иных документах, связанных его заключением, исполнением, изменением или прекращением.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1. Заказчик: _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт _____ выдан _____ г. _____

Проживающий по адресу, пожалуйста, укажите адрес фактического проживания _____

Телефоны для связи _____

9.2. Пациент /Потребитель: (если совпадает с Заказчиком, не заполняется; если несовершеннолетний – указать ФИО и адрес проживания) _____

(фамилия, имя, отчество полностью)

Паспорт _____ выдан _____ г. _____

Проживающий по адресу, пожалуйста, укажите адрес фактического проживания _____

Телефоны для связи _____

9.3. Исполнитель: **Общество с ограниченной ответственностью "Специальная проектная компания "XXI век"**
ИНН 7802542667 ОГРН 1157847330640

Юридический адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, пр. Большой Сампсониевский, д. 45, оф. 153
Банковские реквизиты: р/с 40702810955080002117 к/с 30101810500000000653 БИК 044030653 В Северо-Западный Банк
ПАО Сбербанк

ПОДПИСИ СТОРОН:

Заказчик

Пациент

Исполнитель

_____/_____/_____

_____/_____/_____

_____/Соколова А.А./

М.П.

**Договор присоединения № _____
к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг**

Санкт-Петербург

«_____» _____ 202__ г.

Автономная некоммерческая организация «Медицинский центр «Двадцать первый век» (АНО «Медицинский центр «XXI век») действующее на основании Лицензии № Л041-01148-78/00287861, выданной 25.12.2020 года Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, ул. Малая Садовая, д.2, т.(812) 314-04-43, действующей бессрочно, ОГРН 1037851022076, ИНН 7826706917, входящее в Группу компаний «Медицинский центр «XXI век» и использующее соответствующие коммерческие обозначения, действующее в своих интересах, а также в интересах, от имени и по поручению каждой медицинских компании, входящих Группу компаний «Медицинский центр «XXI век» (информация о Группе компаний приведена на сайте Исполнителя), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Соколовой Анны Анатольевны, действующей на основании Устава, с одной стороны

и _____
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик/Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг о следующем:

- Заказчик по настоящему Договору является одновременно Пациентом / Потребителем (далее – Пациент)
- Заказчик по настоящему Договору действует в интересах несовершеннолетнего до 15 лет _____, именуемого далее Пациент.
- Заказчик по настоящему Договору действует в интересах несовершеннолетнего от 15 до 18 лет _____, именуемого далее Пациент.

Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает, что уведомлен о праве Пациента старше 15 лет самостоятельно, без участия родителей или иных представителей, принимать решения относительно своего здоровья, подписывать информированное согласие, оплачивать медицинские услуги, осуществлять все иные права, предоставленные законом пациентам, в том числе оплачивать полученные услуги, а также подтверждает свои обязательства по оплате всех услуг, оказанных Исполнителем Пациенту.

- Заказчик по настоящему Договору действует в интересах совершеннолетнего _____, именуемого далее Пациент, на основании _____.

Настоящий договор присоединения (в соответствии со статьей 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 на условиях в редакции, действующей на дату подписания Договора присоединения. Акцептом условий договора присоединения является подписание Заказчиком/Пациентом настоящего документа и/или оплата указанных в нем услуг, что удостоверяет факт заключения публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг между Исполнителем и Заказчиком/Пациентом, условия которого размещены на официальном сайте Исполнителя, а также на информационном стенде в клинике Исполнителя.

1. Пациент / Законный представитель Пациента настоящим предоставляет следующие полномочия указанным лицам:

№ п/п	Фамилия Имя Отчество, серия и номер паспорта, телефон	А	Б	В	Г	Отметка о внесении в МИС
1						
2						
3						

Полномочия А – ТОЛЬКО сопровождать пациента на консультации, процедуры, забор биоматериала, с правом получить медицинские документы по факту этой услуги и произвести оплату;

Полномочия Б – ТОЛЬКО производить оплату услуг с правом получения документов, подтверждающих такую оплату.

Полномочия В – ТОЛЬКО запрашивать и получать документы, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну пациента за все время обслуживания. Право получить документы в отношении только одной или нескольких услуг должно оформляться доверенностью, содержащей конкретные данные по таким услугам.

Полномочия Г – ТОЛЬКО присутствовать при оказании медицинской помощи, предоставлять и получать всю информацию, касающуюся состояния здоровья пациента, принимать решения о получении пациентом помощи (с правом подписать информированное добровольное согласие) или об отказе от нее (с правом подписать отказ от медицинской помощи, в том числе, отказ от госпитализации).

В таблице можно указать одно или несколько полномочий. Если пациент или законный представитель хочет предоставить лицу объем полномочий, отличный от вариантов, приведенных выше, он составляет и подписывает

доверенность с указанием перечня полномочий. В доверенности обязательно следует указать дату ее выдачи. Если в доверенности отсутствует срок, она считается имеющей силу в течение всего срока действия договора. Прекратить действие доверенности можно путем подачи соответствующего письменного заявления или в личном кабинете пациента. Право получения документов, содержащих врачебную тайну пациента, (полномочия В) действует и в случае смерти пациента.

2. Подписывая настоящий договор присоединения, Заказчик/Пациент дает свое согласие на обработку персональных данных в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст.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 (Приложения к Договору-оферте) им прочитан, понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме. Условия согласия на обработку персональных данных и условия информированного добровольного согласия размещены на официальном сайте Исполнителя.

3. Прошу результаты исследований и медицинские документы направлять на электронную почту по адресу: _____@_____

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

ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик: _____ _____ (ФИО полностью) паспорт № _____ выдан _____ _____ (когда, кем, код подразделения) Проживающий по фактическому адресу _____ Телефон _____	Пациент: (если совпадает с Заказчиком, не заполняется; если несовершеннолетний – указать ФИО и адрес проживания) _____ _____ (ФИО полностью) паспорт № _____ выдан _____ _____ (когда, кем, код подразделения) Проживающий по фактическому адресу _____ Телефон _____
Исполнитель: Автономная некоммерческая организация «Медицинский центр «Двадцать первый век» Юридический адрес: 194044, г. Санкт-Петербург, пр-кт Большой Сампсониевский, д. 45, литера А, пом. 157 Адрес обслуживания: 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., 45, пом. 113-118, 124-127, 153-155, 157-166, 180, 182-186, 197-212, 216-127, 219, 226-227, 274-276, 324, 327-339, 345-354, 75,78,79. Реквизиты: ИНН: 7826706917КПП: 780201001ОГРН: 1037851022076 Расчетный счет: 40703810255080000876 БИК: 044030653 Корреспондентский счет: 30101810500000000653 Наименование банка: Северо-Западный Банк ПАО Сбербанк ОКПО: 50936669 ОКВЭД: 86.21 Общая врачебная практика (основной)	

Заказчик

Исполнитель

_____/_____/_____

_____/Соколова А.А./
М.П.

Со всеми документами вы можете ознакомиться:

На нашем сайте



В вашем личном кабинете



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 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ, даю свое согласие, (текст согласия, включающий перечень персональных данных, цели их обработки, перечень действий с персональными данными, срок, в течение которого действует согласие субъекта, размещен на сайте Исполнителя) **Автономной некоммерческой организации «Медицинский центр «Двадцать первый век»** (далее – «Оператор», «Исполнитель») на обработку моих (Пациента) персональных данных, персональных данных моего ребенка (подопечного), в порядке, указанном в Разделе 7 Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «Специальная проектная компания «XXI век», включающих такие данные: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные (данные документа удостоверения личности), СНИЛС, гражданство, 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, семейное и социальное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения составляющие врачебную тайну, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках информации, предоставленных Оператору, или полученных им в установленном законом порядке.

Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) 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) медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Подпись_____
Расшифровка Подписи

а также даю согласие на передачу моих (Пациента) персональных данных, персональных данных моего ребенка (подопечного), медицинским учреждениям, входящим в Группу компаний «Медицинский центр «XXI век», и иным лицам, привлеченным Исполнителем, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации; отражения информации в медицинской документации; предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае; предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, включающих такие персональные данные: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные (данные документа удостоверения личности), СНИЛС, гражданство, 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, семейное и социальное положение, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), сведения составляющие врачебную тайну, другая информация, содержащаяся в принадлежащих мне (представляемому мной лицу) и/или относящихся ко мне (представляемому мной лицу) документах и иных источниках информации, предоставленных Оператору, или полученных им в установленном законом порядке.

Настоящим я подтверждаю, что в случае исключения части персональных данных для передачи из приведенного перечня, у Исполнителя может отсутствовать возможность оказать/обеспечить оказание необходимых медицинских услуг.

Подпись_____
Расшифровка Подписи

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 (телефона представляемого лица), адреса электронной почты и почтового адреса (адреса электронной почты и почтового адреса представляемого лица), 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.

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

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 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения мной первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

В наглядной и 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 следующих медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения:

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

Подпись

Расшифровка Подписи

