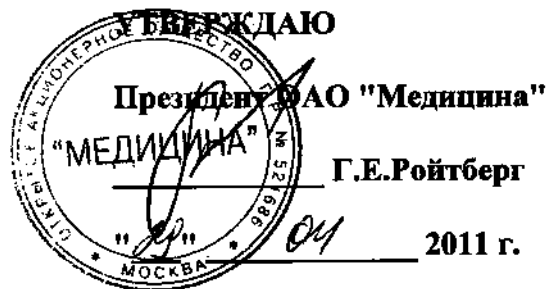


№ 01.02-14/65



ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА

Настоящим ОАО «Медицина» предлагает Вам заключить договор об оказании Открытым акционерным обществом «Медицина» стационарной медицинской помощи. Предлагаем Вам заключить указанный выше договор на следующих условиях:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Общество принимает на себя обязательства оказать стационарную медицинскую помощь Заказчику.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Заказчик обязан:

2.1.1. Обеспечить своевременную оплату всей суммы, определенной пунктами 3.1-3.4 настоящего Договора.

2.1.2. Одновременно с заключением настоящего Договора предоставить в Общество согласие клиента на обработку их персональных данных, по форме согласно Приложению № 5 к Договору.

2.2. Общество обязано:

2.2.1. Предоставить Клиенту стационарное лечение с госпитализацией в клинику Общества.

Услуги оказываются пациентам в соответствии с «Московскими городскими медицинскими стандартами консультативно-диагностической помощи для взрослого населения» при стационарном лечении в соответствии с приказом Правительства Москвы, Комитета здравоохранения от 13 декабря 1998 г. № 686.

2.2.2. Создать следующие необходимые условия для обслуживания пациентов (включены в стоимость суточного пребывания):

- круглосуточный врачебный контроль состояния пациента;
- уборка палат;
- уход за тяжелыми и п/операционными больными (кормление, смена постельного белья, гигиенические процедуры);
- лечебное питание 5-ти разовое;
- пользование телефоном, телевизором, видео, Интернетом, душем;
- индивидуальные тапочки, халат, мыло, шампунь.

Остальные услуги, предоставляемые пациентам стационара во всех отделениях ОАО "Медицина", а также все обследования, которые проводятся пациенту за период его пребывания в стационаре, оплачиваются отдельно на основании тарифов Общества, независимо от наличия у Клиентов заключенного договора на годовое медицинское обслуживание в поликлинике.

2.3. Лечение в стационаре осуществляется в соответствии и при условии соблюдения Правил лечебно-охранительного режима в стационаре ОАО «Медицина» (Приложение № 2 к настоящему Договору).

3. ЦЕНЫ И РАСЧЕТЫ

3.1. Заказчик вносит Обществу денежные средства в размере, указанном в Абонементе на оплату медицинского обслуживания (прилагается), в качестве обеспечительного платежа (задатка).

В случае если стоимость лечения превышает размер обеспечительного платежа, Заказчик вносит дополнительные обеспечительные платежи (задатки).

В случае если медицинские услуги, оказываемые пациенту, будут покрыты суммой страховой выплаты, перечисляемой страховой компанией за пациента, либо оплатой от иного юридического лица до выписки пациента из стационара, денежные средства будут возвращены пациенту при наличии кассового чека об оплате, в противном случае настоящий обеспечительный платеж и все дополнительные обеспечительные платежи засчитываются в счет оплаты услуг ОАО «Медицина».

В случаях, когда на момент выписки счет выставлен Заказчику, либо после этого, гарантийные письма от страховых компаний или других юридических лиц не принимаются и возвраты денежных средств Заказчику не производятся.

3.2. Обеспечительный платеж, указанный в п. 3.1, перечисляется Заказчиком одновременно на счет Общества не позднее, чем за день до госпитализации или вносится в кассу Общества при госпитализации.

3.3. В случае, когда остаток обеспечительного платежа составит для терапевтических пациентов менее 40.000 рублей и для хирургических пациентов и пациентов БИТа менее 60.000 рублей, Общество выставляет Заказчику промежуточный счет (Абонемент) и Заказчик в течение одного дня после получения информации о необходимости пополнения обеспечительного платежа обязан перечислить или внести в кассу следующий обеспечительный платеж, размер которого определяется главным врачом стационара.

Если Заказчик не перечисляет обеспечительный платеж в течение одного дня, Общество переводит Клиента в городской стационар.

3.4. Общество предоставляет Заказчику счета за оказанные Клиенту услуги с разделением услуг и их стоимости на оказанные в рамках медико-экономических стандартов по основному заболеванию и услуги, оказанные по согласованию с Заказчиком вне медико-экономических стандартов или по медицинским показаниям.

3.5. Окончательный взаиморасчет за стационарное лечение производится в день выписки Клиента из стационара на основании действующего Прейскуранта Общества.

В случае неоплаты Заказчиком в день его выписки стоимости лечения в стационаре, Заказчик уплачивает Обществу пени в размере 0,5% в день от неоплаченной суммы.

3.6. Штрафные санкции оплачиваются Заказчиком по предъявлении ему Исполнителем счета с указанием суммы штрафных санкций.

4. СРОК ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу после поступления обеспечительного платежа на расчетный счет или после поступления денег в кассу Общества и при наличии направления на госпитализацию.

4.2. Действие настоящего Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажорные обстоятельства, как-то, действия органов государственной власти и управления, военные действия и т.д.).

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении настоящего Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

5.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

5.2.1. О содержании договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Заказчиках и персональные данные пациентов (в том числе общей цене договора, адресах, банковских реквизитах Заказчика, списке пациентов и др.).

5.2.2. О ценах на услуги, оказываемые Обществом.

5.2.3. Сведения о заболеваниях Клиентов, кроме случаев, предусмотренных законодательством.

5.3. Стороны обязуются соблюдать режим безопасности персональных данных и истории болезни пациента(ов) при обработке такой информации, а также принимать все необходимые меры для предотвращения разглашения такой информации

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Разногласия и споры, которые могут возникнуть в процессе выполнения настоящего Договора, стороны будут решать путем переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, заинтересованная сторона может обратиться для удовлетворения своих требований в судебные органы.

6.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим в РФ законодательством.

6.3. Изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны представителями Сторон.

6.4. Все уведомления и сообщения, направляемые в связи с изменениями настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме, будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом по телеграфу, телексу, телетайпу, телефаксу.

Принятием нашего предложения считаем внесение обеспечительного платежа (задатка) в соответствии с пунктом 3.1 настоящей Оферты в размере, указанном в Абонементе на оплату медицинского обслуживания (прилагается).

Совершение действий по исполнению предлагаемого настоящей Офертой договора считается акцептом.

Гарантируем со своей стороны незамедлительное выполнение своих обязанностей по представленному договору после принятия Вами условий настоящего предложения.

Приложение: 1. Абонемент на оплату медицинского обслуживания на 1 л. в 1 экз.

2. Правила лечебно-охранительного режима в стационаре ОАО «Медицина» на 1 л. в 1 экз.

3. Согласие на обработку персональных данных на 2 л. в 1 экз.

4. Соглашение о предоставлении сервисных услуг на 2 л. в 1 экз.

ПРАВИЛА **лечебно-охранительного режима в стационаре ОАО «Медицина»**

Во время Вашего пребывания в стационаре клиника «Медицина» берет на себя заботу не только о Вашем здоровье, но и о Вашем комфорте и безопасности, поэтому мы убедительно просим Вас соблюдать следующие правила:

- пожалуйста, по возможности не шумите, оберегайте не только свой покой, но и покой других больных;

- во время пребывания в стационаре поддержка близких и родных очень важна для Вас, однако ограничьте посещения только самыми необходимыми;

- по возможности приглашайте к себе посетителей в дневные часы;

- посещения пациентов в реанимации ограничены. Лишние тревоги и переживания, даже приятные, могут негативно сказаться на их состоянии, поэтому допускается посещение одного человека в день в течение 5 минут;

- курение в стационаре запрещено;

- если Вам необходимо на время покинуть стационар, пожалуйста, предупредите медсестру и напишите необходимое заявление. Укажите время, когда Вы вернетесь, и контактный телефон, по которому врач сможет с Вами связаться. Предупредите, если в назначенный час вы не вернетесь. К сожалению, отсутствие в стационаре без заявления, невозможность связаться с Вами в течение трех часов после указанного Вами времени возвращения в стационар, а также отсутствие в стационаре более суток является нарушением лечебно-охранительного режима согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 514 от 01.08.2007, которое влечет за собой выписку из стационара;

- принимайте только те лекарственные препараты, которые Вам приносят медсестры;

- не пользуйтесь самостоятельно оборудованием, установленным в палате.

Пригласите медсестру, и она наладит работу оборудования, если это необходимо.

На основании Соглашения о предоставлении сервисных услуг, подписанного у администратора или специалиста отдела по оформлению договоров (Приложение №4), пациенты ОАО «Медицина» имеют возможность:

- получать результаты лабораторных анализов по электронной почте;

- при помощи информационных терминалов в здании клиники просматривать:

- личную историю посещений клиники ОАО «Медицина»;

- результаты лабораторных и диагностических исследований;

- невыполненных назначений/направлений врачей клиники;

- получать при помощи SMS-сообщения: напоминание о записи на прием к специалисту или исследованию, уведомление о готовности результатов исследований;

- получать результаты исследований по телефону или на бумажном носителе при сообщении кодового слова;

- получать при помощи SMS-сообщения информацию о состоянии счета при получении лечения в стационаре ОАО «Медицина»;

- получать информацию при помощи интерактивной системы в палате при госпитализации в стационар;

- предоставить возможность использования родственниками и близкими людьми внесенного через систему платежных терминалов аванса на оказание разовых медицинских услуг.

- возможность связи с лечащим врачом посредством Skype

Приложение № 3
к Договору публичной оферты
от "___" _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____,
зарегистрирован (а) по адресу _____,
паспорт _____, выдан _____,
дата выдачи _____, код подразделения _____, настоящим даю
согласие на обработку Открытым Акционерным Обществом «Медицина» (г. Москва,
2-й Тверской-Ямской пер., д. 10)

моих персональных данных,

предоставленных мною персональных данных на моего (мою) _____,
(или приложить)

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного по адресу: _____,
наименование документа удостоверяющего личность _____
серия _____, № _____, выдан _____,
дата выдачи _____, код подразделения _____,

в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над ее объемом и качеством.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ДМС, домашний и мобильный телефоны, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные ОАО «Медицина» при оказании медицинской помощи.

Настоящим предоставляю ОАО «Медицина» право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в рамках заключенных договоров, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).

ОАО «Медицина» вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Мной предоставляется ОАО «Медицина» право на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи (в т.ч. Интернета) об изменениях порядка представления медицинских услуг, о записи на прием к врачу, о результатах медицинских обследований. Согласие на использование персональных данных в указанных целях заполняется в виде Соглашения о предоставлении сервисных услуг (Приложение – обратная сторона Согласия).

Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путем направления в адрес ОАО «Медицина» соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю ОАО «Медицина».

(подпись)

(расшифровка подписи)

« ___ » _____ 20__ г.

Приложение № 4
к Договору публичной оферты
от "___" _____ 20__ г.

**Соглашение
о предоставлении сервисных услуг (номер истории болезни КЛИЕНТА
_____)**

Настоящее соглашение регламентирует порядок предоставления информации из истории болезни КЛИЕНТА клиники ОАО «Медицина», далее ИСПОЛНИТЕЛЯ, с использованием каналов связи, а также порядок передачи информации пациенту о назначениях специалистов, напоминания о записи на прием и другой информации, необходимой для обеспечения качественного медицинского обслуживания.

ИСПОЛНИТЕЛЬ стремится к предоставлению наибольших удобств КЛИЕНТУ в получении информации из истории болезни без дополнительного посещения врача, о приемах специалистов, а также напоминания о записи к врачам клиники с использованием современных технических средств передачи информации.

ИСПОЛНИТЕЛЬ заботится о соблюдении конфиденциальности данных, содержащихся в истории болезни, соблюдая существующие этические и юридические нормы (соблюдение врачебной тайны согласно ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан"), поэтому считает своим долгом предупредить Вас о возможности утечки информации из истории болезни по обстоятельствам, не зависящим от деятельности клиники при использовании предлагаемых ниже сервисов.

ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты, за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным, возможное использование Вашего ПИН-кода, а также возможное использование Вашей электронной карты-пропуска или ее копии третьими лицами. Соглашение начинает действовать с даты подписания.

№ п/п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу	Подпись клиента								
1	2	3	4								
1.	Получение уведомления по электронной почте о готовности результатов лабораторных и диагностических исследований и возможности их просмотра в «Личном кабинете» на сайте	<table border="1" data-bbox="871 1413 1374 1480"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p data-bbox="895 1487 1350 1543">(Укажите адрес электронной почты. Просьба писать печатными буквами)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.	Просмотр протоколов приемов специалистов, лабораторных и диагностических исследований в «Личном кабинете» на сайте клиники www.medicina.ru	<table border="1" data-bbox="975 1621 1270 1666"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p data-bbox="975 1675 1270 1709">(Укажите ПИН-код (4 цифры))</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3.	Просмотр на информационных терминалах в ОАО «Медицина» протоколов приемов специалистов, лабораторных и диагностических исследований (поставьте отметку в графе 3)										
4.	SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование	<p data-bbox="871 1984 1254 2018">(Укажите номер мобильного телефона)</p> <p data-bbox="871 2018 983 2051">8 ()</p>									

1	2	3	4																
5.	Предоставление кодового слова для получения результатов исследований любым лицом, которому передано кодовое слово, по телефону или на бумажном носителе, для получения истории болезни на бумажном носителе и на CD-диске, для получения пленок исследований, распечатка листа назначения <i>(укажите кодовое слово в графе 3)</i>	<table border="1" data-bbox="874 383 1316 450"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p data-bbox="943 454 1311 483"><i>(Просьба писать печатными буквами)</i></p>																	
6.	Разрешаю использовать внесенный мною аванс на оказание разовых медицинских услуг через систему платежных терминалов следующим лицам:	ФИО, дата рождения _____																	
7.	Предоставление Страховщику по договору ДМС доступа к истории болезни с целью контроля за качеством медицинской помощи <i>(поставьте отметку в графе 3)</i>																		
8.	Предоставление Вашего скайп-адреса для связи лечащего врача через Интернет <i>(укажите Ваш скайп-адрес)</i>	<table border="1" data-bbox="874 958 1316 1025"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p data-bbox="943 1030 1311 1059"><i>(Просьба писать печатными буквами)</i></p>																	

Подпись КЛИЕНТА _____ От ОАО «Медицина» _____

(должность Ф.И.О., подпись ответственного лица)

«___» _____ 20__ г.