

ДОГОВОР
об оказании АО «Медицина» отдельных платных медицинских услуг

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

_____, дата рождения _____,
паспорт серии _____ № _____, выдан _____,
_____,
дата выдачи «__» _____ г., код подразделения: _____,
зарегистрирован по адресу: _____
(если адрес проживания отличается от адреса регистрации: адрес проживания: _____),

именуемый в дальнейшем «Заказчик» (Пациент), с одной стороны и **Акционерное общество «Медицина»**, находящееся по адресу: 125047, город Москва, 2-й Тверской-Ямской переулок, д. 10 (местонахождение), зарегистрированное 19.03.1992 Государственным учреждением Московская регистрационная палата и внесенное 11.11.2002 в Единый государственный реестр юридических лиц за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1027700417524, имеющее лицензию от 19.03.2019 № ЛО-77-01-017705, Департамента здравоохранения города Москвы (127006, город Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: +7 (499) 251-83-00), далее именуемое «Исполнитель», в лице заместителя директора медицинской службы по сервисно-информационному обслуживанию АО «Медицина» Антоновой Ольги Дмитриевны, действующей на основании доверенности от _____ № _____, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику и/или членам его семьи (далее – Пациентам), платные медицинские и иные услуги (далее – услуги), а Заказчик обязуется оплачивать эти услуги.

1.2. Заказчик определяет перечень необходимых Пациенту услуг по Прейскуранту Исполнителя, размещенному на официальном сайте в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/> который отражается в счете Исполнителя (Приложение № 1 к Договору).

1.3. Услуги предоставляются с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006.

Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и/или здоровью при оказании услуг Заказчику (Пациенту).

1.4. Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуги определяет Пациент, используя систему автоматизированной электронной записи на прием к медицинскому специалисту либо через обращение к администратору Исполнителя.

1.5. Предварительным условием получения услуги является дача Пациентом на приеме у специалиста Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

1.6. Исполнитель уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалиста, оказывающего услугу, в том числе назначенного

режима лечения, могут снизить качество медицинской помощи, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.7. Исполнитель информирует Заказчика (Пациента) о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. ЦЕНА ДОГОВОРА И РАСЧЕТЫ

2.1. Цена Договора устанавливается стоимостью определенных Заказчиком (Пациентом) услуг (пункт 1.2 Договора) и указывается в счете Исполнителя (Приложение №1 к Договору).

2.2. Стоимость медицинских услуг указана в Прейскуранте, размещенном на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/>.

Информацию о стоимости услуг можно также получить по телефону: +7(495)995-00-33.

2.3. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/patsientam/stoimost-uslug/>.

Заказчик (Пациент) соглашается с этим правом Исполнителя и признают для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.

2.4. Оплата Договора производится Заказчиком по счету Исполнителя (Приложение № 1 к Договору) до получения услуги. В порядке, предусмотренном Приложением № 4 к Договору, Исполнитель по распоряжению Держателя может осуществить операцию преавторизации банковской карты Заказчика.

2.5. Если по результатам приема медицинский специалист Исполнителя направляет Пациента с его согласия на процедуру, которая может быть оказана сразу после приема, а Пациенту удобно ее получить до оплаты, информация о данной услуге, вносится в медицинскую карту Пациента и выдается счет с расшифровкой проведенной процедуры (Приложение № 1 к Договору), который подлежит оплате в день получения услуги.

2.6. Услуга «Радиологическое исследование КТ всего тела» оплачивается по счету Исполнителя (Приложение № 1 к Договору) не менее, чем за сутки до исследования. В случае отказа Заказчика (Пациента) от получения данной услуги, возврату подлежит 55% оплаченной суммы.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ И ДОСРОЧНОЕ РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

3.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по Договору.

3.2. Действие Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажор: стихийные бедствия, военные действия, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

3.3. Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон либо по инициативе одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Заказчик имеет право:

4.1.1. Получить в доступной форме информацию о перечне и порядке оказания услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, о режиме работы Исполнителя; о медицинском специалисте, предоставляющем соответствующую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.1.2. Получить от Исполнителя документы для социального налогового вычета на лечение.

4.1.3. Получить копию медицинской документации на бумажном или электронном носителе.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Запрашивать у Заказчика (Пациента) информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

4.2.2. Привлекать для исполнения Договора другие медицинские организации и специалистов, сведения о которых размещаются на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: <https://www.medicina.ru/nashi-vrachi/>, а также на информационных стендах (стойках).

4.2.3. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять виды и объем медицинской помощи. Указанные в настоящем подпункте услуги оказываются бесплатно, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.3. Исполнитель обязан:

4.3.1. Предоставить Заказчику (Пациенту) карту-пропуск для посещения клиники Исполнителя.

4.3.2. Выдать по личному запросу Заказчика (Пациента) детализацию оказанных услуг и их стоимость по Прейскуранту.

4.4. Заказчик обязан:

4.4.1. Ознакомиться с Памяткой о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике АО «Медицина» (Приложение №2 к Договору).

4.4.2. Немедленно извещать Исполнителя об осложнениях и/или отклонениях в состоянии здоровья, возникающих в ходе лечения, а также о самостоятельном изменении курса лечения и обследования, включая отказ от него.

4.4.3. Предоставить Исполнителю подписанное Пациентом Согласие на обработку его персональных данных – Соглашение о предоставлении сервисных услуг (Приложение №3 к Договору).

4.4.4. Использовать для посещения клиники АО «Медицина» карту-пропуск, предъявлять ее администраторам Исполнителя при записи на прием к медицинским специалистам.

4.4.5. Прибывать на прием в срок, согласно предварительной записи. В случае невозможности посещения медицинского специалиста заблаговременно уведомить об этом Исполнителя по телефону: (495) 995-00-33.

4.4.6. Предоставить возможность фотографирования для базы данных с целью поддержания режима безопасности на территории Исполнителя.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Исполнитель не предоставляет иных услуг, кроме предусмотренных Договором, и вправе отказать, например, в просьбе присмотреть за малолетним ребенком, который прибыл с Пациентом для получения услуги. Такой отказ не является нарушением обязательств Исполнителя по Договору. Исполнитель не принимает и не несет какой-либо

ответственности, в том числе в порядке ст. 402 Гражданского кодекса Российской Федерации за услуги, которые не предусмотрены Договором.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность информации, полученной при выполнении Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств конфиденциальности. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.2. Конфиденциальной по Договору признаются:

6.2.1. Информация о содержании Договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Заказчике и персональные данные Пациентов.

6.2.2. Сведения, составляющие врачебную тайну.

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

6.4. В соответствии со статьями 7, 9 и 18 Федерального закона «О персональных данных» Стороны обязуются обеспечивать правомерную передачу персональных данных друг другу, которая может осуществляться в целях выполнения обязательств по Договору. Не позднее момента передачи персональных данных передающая Сторона обязана предоставить получающей Стороне подтверждение того, что субъекты персональных данных, чьи персональные данные передаются, уведомлены о передаче и предстоящей обработке их персональных данных в форме согласия, позволяющей подтвердить факт его получения, или в форме подтверждения наличия оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона «О персональных данных».

6.5. Одна Сторона обязуется возместить другой Стороне убытки и расходы, понесенные вследствие нарушения конфиденциальности персональных данных.

7. УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ

7.1. Разногласия и споры Стороны будут решать путем переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, посредством обращения в суд.

7.2. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны будут руководствоваться действующим в Российской Федерации законодательством.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор заключен в количестве экземпляров, равном количеству Сторон Договора. Экземпляр Договора предоставляется Пациенту с печатью и подписью доверенного лица Исполнителя. Все экземпляры Договора, в том числе в электронном виде (имеющие подпись на электронном носителе), имеют равную юридическую силу.

Подписание экземпляра Договора в электронной форме осуществляется Стороной собственноручно на экране планшетного компьютера, оснащенного надлежащим программным обеспечением. Один (бумажный экземпляр) остается у Заказчика, второй (электронный) у Исполнителя.

8.2. Стороны договорились, что подпись заместителя директора медицинской службы по сервисно-информационному обслуживанию Антоновой О.Д., выполненная путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического копирования, признается аналогом собственноручной подписи и имеет ту же юридическую силу.

8.3. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

8.3.1. Приложение №1–Форма счета за оказанные медицинские услуги с расшифровкой.

8.3.2. Приложение №2– Памятка о правилах и условиях медицинского обслуживания в клинике АО «Медицина».

8.3.3. Приложение №3–Согласие Пациента на обработку его персональных данных – Соглашение о предоставлении сервисных услуг.

8.3.4. Приложение № 4 – Распоряжение Держателя на оплату товаров/услуг с использованием реквизитов карты.

Заказчик (Пациент) ознакомлен и ему понятно содержание Приложений № 1, № 2, № 3, № 4 к Договору, с которыми он согласен.

Приложения №№ 1, 2, 3, 4 получены Заказчиком.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ЗАКАЗЧИК

Полные реквизиты Заказчика (Пациента)

_____,

дата рождения «___» _____ г.,

паспорт серии _____ № _____

выдан _____

«___» _____ г. к.-п. _____,

зарегистрирован ___ по адресу:

(если адрес проживания отличается от адреса регистрации: адрес проживания:

_____),

указываются в первом талоне на прием.

В последующих талонах на прием

указывается Ф.И.О. Пациента, возраст,

адрес регистрации (проживания).

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Акционерное общество «Медицина»

ИНН 7729058330

125047, г. Москва, 2-й Тверской-Ямской пер., д. 10

КПП 771001001, ОГРН 1027700417524

ОКВЭД 86.21, 21.20, 26.60.1, 32.12.1, 32.12.2,

33.13, 38.32.2, 41.20, 46.18.1, 46.46, 46.72.23,

46.90, 47.73, 47.74, 62.09. 63.11.1, 70.22,

72.19, 72.20, 73.20.1, 82.99, 86.10

ОКТМО 45382000, ОКПО 11234965

Расчетный счет № 40702810700010221869

АО ЮниКредит Банк г. Москва

БИК 044525545

Кор. счет № 30101810300000000545

**Заместитель директора медицинской
службы по сервисно-информационному
обслуживанию**

_____ **Заказчик**

_____ **О.Д. Антонова**

Приложение №1 к Договору

Счет за оказанные медицинские услуги с расшифровкой

Врач: ФИО

Счет № _____ за оказанные медицинские услуги с расшифровкой

Дата: _____

Пациент: (номер карты) ФИО

Плательщик: ФИО

Перечень медицинских услуг	Кол-во	Цена	Сумма	%	НДС %
Всего начислено:					

Частичная оплата:

0

**Всего к
оплате**Администратор _____
(подпись)Заказчик _____ / _____ /
подпись ФИО**Сохраняйте ваш кассовый чек!**

Приложение № 4 к Договору

**РАСПОРЯЖЕНИЕ ДЕРЖАТЕЛЯ НА ОПЛАТУ ТОВАРОВ/УСЛУГ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКВИЗИТОВ КАРТЫ**

CARDHOLDER ORDER ON PAYMENT WITHOUT CARD PRESENTATION

I, Surname: _____ Я, Фамилия _____ First Name: _____ Имя _____ Second Name _____ Отчество _____	Passport, ID: _____ Паспорт _____ Country/Nationality: _____ Страна/Гражданство _____ Contact: <input type="checkbox"/> fax/tel _____ Контакт <input type="checkbox"/> e-mail _____	
by present Order entitle _____ (Company) to debit Cost of purchase/service from My Credit Card Account: (Company's name) настоящим Распоряжением предоставляю _____ (Предприятию) право списать плату за товары/услуги со счета моей карты: (Наименование Предприятия)		
EmbossedCardholderName: _____ Имя и фамилия на карте _____ Card number: _____ Номер карты _____ CVV2/CVC2 _____ (the last three figures located on the signature panel) Код безопасности (последние три цифры, указанные на полосе для подписи) Valid from (optional): ____/____/____ Срок начала действия карты (если есть) List of goods/services: Перечень товаров/услуг	CardType: <input type="checkbox"/> Visa Вид карты <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Diners Club	
Expiry Date: ____/____/____ Срок окончания действия		
Index(Code) of purchase/service Номер (код) товара/услуги	Type of purchase/service Наименование товара/услуги	Cost of purchase/service Стоимость товара/услуги
		RUR Рублей
		RUR Рублей
		RUR Рублей
Total Cost of purchase/service Общая Стоимость товаров/услуг		RUR Рублей
I confirm that Company informed me about terms and conditions of this purchase/service. I permit My Bank to debit Total "Cost of purchase/service" from my Credit Card Account. Я подтверждаю, что Предприятие информировало меня об условиях и сроках оказания данной услуги. Я разрешаю моему банку списать со счета моей карты общую стоимость указанных товаров/услуг.		
Date of Order: Дата Распоряжения	____/____/____ Signature: _____ Подпись	
Cardholder's Area / Заполняется Держателем		