

Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг ООО «Кубань Диагностика»

г. Краснодар

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «Кубань Диагностика» (далее: «Договор-оферта», «Договор» и/или «Оферта») в порядке ст.ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, желающим получить соответствующие медицинские услуги.

Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную Оферту, обязуются подписать акцепт по присоединению к Публичному Договору-оферте по форме, изложенной в Приложении № 1 (Договор присоединения) к настоящему Договору.

Срок действия настоящей Оферты устанавливается с 01.09.2021 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (Оферты) в новой редакции. Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим Оферту, в пределах указанного в ней срока.

При трактовке настоящего Договора-оферты применяется следующая терминология:

Заказчик – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента.

Исполнитель – Общество с ограниченной ответственностью «Кубань Диагностика».

Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором-офертой. Пациент и Заказчик могут совпадать в одном лице.

Медицинские услуги (МУ) - выполняемые работы, оказываемые услуги при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии, оказываемые ООО «Кубань Диагностика» в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-23-01-014163 от 11.12.2019 г., выданной МЗ Краснодарского Края.

Правила оказания МУ – утвержденные приказом генерального директора локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания МУ пациентам ООО «Кубань Диагностика». Правила оказания МУ доступны для ознакомления на информационном стенде, а также на сайте <https://med24krd.ru/>. К ним относятся: Правила внутреннего распорядка для пациентов и Правила предоставления платных МУ ООО «Кубань Диагностика»

Прейскурант платных МУ (Прейскурант на МУ ООО «Кубань Диагностика») - действующий на момент оказания МУ утвержденный генеральным директором ООО «Кубань Диагностика», действующим на основании устава, перечень оказываемых МУ и цен на них. Доступен для ознакомления на официальном сайте <https://med24krd.ru/> и информационном стенде. Стоимость конкретных процедур и манипуляций, а также режим работы могут быть уточнены у администратора и/или по контактному телефону +7 (861) 206-00-51.

Акцепт - действия Заказчика/Пациента по присоединению к Публичному Договору-оферте путем подписания Приложения №1 - Договора присоединения. Акцепт осуществляется после ознакомления с настоящим Договором-офертой, правилами оказания МУ, прейскурантом и режимом работы.

1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.

1.1. ООО «Кубань Диагностика» на основании обращения Заказчика, по его желанию и сверх Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Краснодаре (далее - соответственно Программа, Территориальная программа) в соответствии с условиями настоящего Договора, обязуется оказать Пациенту Медицинские услуги (МУ), а Заказчик обязуется оплатить оказанные МУ в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Перечень (наименование и количество) МУ, оказываемых Пациенту по Договору, срок и место их оказания, а также стоимость МУ согласовываются Сторонами в Договоре присоединения, являющейся Приложением №1 к настоящему Договору и составляющей его неотъемлемую часть. Договор присоединения подписывается при каждом обращении Заказчика за новыми (не предусмотренными действующей на момент соответствующего обращения Спецификацией) МУ.

1.3. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию МУ по Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие иным требованиям действующего законодательства.

1.4. МУ оказываются в течение срока действия Договора в соответствии с режимом работы Исполнителя и графиком работы Медицинских работников.

1.5. Подписывая настоящий Договор-оферту, Пациент подтверждает, что он ознакомился с указанными локальными актами, и обязуется их соблюдать. Изменения в указанные Правила оказания МУ размещаются на сайте МЦ и информационных стендах, размещенных на территории Исполнителя.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ

2.1. Заказчику предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Исполнитель ознакомил Заказчика с полным Прейскурантом МУ клиники.

2.3. МУ оплачиваются по стоимости, установленной Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующих МУ. Стоимость МУ определяется Сторонами в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату подписания Сторонами Договора Присоединения.

2.4. Оплата МУ может быть произведена путем перевода Исполнителю сумм на его расчетный счет либо путем наличного платежа в кассу Исполнителя, платежа банковскими картами с выдачей документа, подтверждающего оплату МУ

2.5. Основанием для оплаты Заказчиком МУ является подписанный Договор присоединения, как указано в пункте 1.2. Договора.

2.6. В случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения Договора от получения МУ Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.7. МУ считаются полученными Заказчиком (Пациентом) с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя.

2.8. Исполнитель вправе отказать в приеме Заказчику (Пациенту) в случаях: состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; когда действия Пациента неадекватны, угрожают жизни и здоровью персонала; когда состояние здоровья Пациента не позволяет оказать ему МУ надлежащего качества.

2.9. В случае, если при оказании МУ Заказчику (Пациенту) потребуется дополнительное медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств по медицинским показаниям (не экстренное и не для устранения угрозы жизни), то Заказчик (Пациент) настоящим дает

согласие на соответствующее медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, а Заказчик гарантирует их оплату. Медицинское вмешательство (комплекс медицинских вмешательств) по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента осуществляется в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных МУ, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных МУ; б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную МУ (его профессиональном образовании и квалификации); в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; г) данных о лицензии на медицинскую деятельность с приложением перечня работ (МУ), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией; д) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать Заказчику (Пациенту) МУ на условиях, определенных Договором, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, действующими на территории РФ. МУ Заказчику (Пациенту) оказываются после подписания им согласия на обработку/передачу персональных данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным, в том числе, составляющих врачебную тайну, и информированного добровольного согласия по форме, установленной Исполнителем в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ.

3.1.3. Предупредить Заказчика о необходимости и стоимости дополнительных МУ

3.1.4. Давать, при необходимости, по просьбе Пациента, разъяснения о ходе оказания МУ ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

3.1.5. При необходимости, сотрудничать при оказании МУ по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

3.2. Заказчик (Пациент) обязуется:

3.2.1. Соблюдать правила оказания МУ Исполнителя.

3.2.2. Оплачивать МУ Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.2.3. Кроме того Заказчик (Пациент) обязан предоставить достоверную информацию о себе, включающую данные о непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы; информировать о перенесенных Пациентом заболеваниях, в том числе о гепатите А,В,С, туберкулезе, приступах клаустрофобии, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания МУ, наличии беременности; предоставить полную и достоверную информацию о перенесенных Пациентом операциях, переливаниях крови и инъекциях за последние два года, наличии кардиостимуляторов, имплантатов и других изделий из металла; соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору МУ, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Не приступать к оказанию МУ до момента исполнения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных условиями Договора, и подписания Пациентом информированного добровольного согласия.

3.3.2. Изменять Прейскурант в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика путем размещения на информационных стендах в месте оказания МУ, предусмотренных Лицензией, и на информационном сайте Исполнителя в сети Интернет.

3.3.3. Получать от Заказчика (Пациента) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (Пациентом) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.3.4. Требовать от Заказчика (Пациента) соблюдения правил оказания МУ.

3.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

3.4.1. Получать от Исполнителя МУ в соответствии с настоящим Договором.

3.4.2. Самостоятельно выбрать кандидатуру лечащего врача с учетом всех требований и условий, необходимых для оказания МУ, а также с учетом согласия врача.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или некачественное исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ, а также в соответствии с требованиями местных территориальных органов

4.2. В случае ненадлежащего оказания МУ Заказчик (Потребитель) вправе по своему выбору потребовать: назначения нового срока оказания МУ; исполнения МУ другим специалистом; расторжения договора и возмещения затрат в установленном законодательном порядке.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за некачественное выполнение МУ при несоблюдении Заказчиком условий настоящего Договора.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Стороны обязаны соблюдать претензионный характер урегулирования споров. Срок для рассмотрения претензии - 10 календарных дней с момента ее получения.

5.2. При не урегулировании споров путем переговоров споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

6.1. В целях исполнения настоящего Договора-оферты в соответствии с п. 5 ст. 6, а также ст.ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора Заказчик/Пациент предоставляет ООО «Кубань Диагностика» свои персональные данные (данные документа, удостоверяющего личность, в том числе фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, биометрические данные, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС) и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения МУ, оказываемых медицинской клиникой Исполнителя, при этом обработка такой информации осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну (далее - Согласие).

6.2. Указанное Согласие предоставляется на осуществление любых

действий в отношении персональных данных Заказчика/Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование (в том числе размещение в ознакомительных целях на официальных порталах/социальных сетях медицинского центра), распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством РФ. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Заказчик/Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Исполнитель вправе предоставить персональные данные Заказчика/Пациента третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.3. Согласие Пациента (его представителя) и (или) Заказчика, предусмотренное настоящим пунктом, считается данным с момента акцепта настоящей публичной Оферты, соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет.

6.4. Заказчик/Пациент имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

6.5. В случае получения письменного заявления Пациента (его представителя) и (или) Заказчика об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Заказчику/Пациенту до этого медицинской помощи.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 Гражданского Кодекса РФ акцепт Оферты равносителен заключению Договора на оказание МУ на условиях, изложенных в Оферте. Подписание Акцепта свидетельствует о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, согласии Пациента с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений. Акцепт равносителен заключению договора на оказание платных МУ

7.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по

настоящему Договору-оферте, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

7.3. Стороны допускают возможность использования аналога собственноручной подписи - факсимиле при подписании настоящего договора и приложений к нему.

7.4. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие приложения:

Приложение № 1 - Договор присоединения к публичному договору-оферте на оказание платных МУ ООО "Кубань Диагностика".

Приложение № 2 - Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.

7.5. Своей подписью в настоящем Договоре Заказчик подтверждает, что Заказчик (Пациент) получил исчерпывающую информацию о предоставляемых МУ, о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья. Данная информация в доступной форме включает в том числе сведения о целях, методах оказания МУ, связанном с ними риске, возможных вариантах выполнения МУ и их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

7.6. Заказчик (Пациент) предоставляет исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию о работе Центра, акциях и предложениях sms-сообщениями, по телефону и на электронный адрес Пациента, указанные в реквизитах Договора.

7.7. Заказчик (Пациент) проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, с использованием камер открытого видеонаблюдения, фиксирующих звук и запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности и контроля качества оказания МУ. Подписывая Акцепт Пациент дает согласие на обработку персональных данных (изображения, голоса).

РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ ООО "Кубань Диагностика"

ООО "Кубань Диагностика" Юридический/фактический адрес: 350058, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Ставропольская, д. 312, лит. Е, пом. 7, ОГРН 1192375037700, ИНН 2309171245, КПП 230901001
р/с 40702810526250000324, Банк ФИЛИАЛ "РОСТОВСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК", БИК 046015207, Кор. счёт 30101810500000000207

Генеральный директор _____ /Асланян Д.Ю./

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 (приложение №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н) утвержденный приказом МЗ и СР РФ от 23.04.2012 № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень)

1. Я, (ФИО, дата рождения, проживающий (ая) по адресу) даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

в ООО «Кубань Диагностика» медицинским работником:

_____ (должность, ФИО медицинского работника).

2. 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.

3. 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 РФ».

4. 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 РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти: _____

(ФИО гражданина, контактный телефон).

_____ (ФИО гражданина, контактный телефон).

Подпись медицинского работника _____

Дата / _____ /

Я, (ФИО пациента) даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских исследований и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, пройденных мною в ООО

«Кубань Диагностика» по электронной почте или мессенджеру:

(адрес электронной почты/ номер мессенджера).

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Кубань Диагностика» ответственности не несет.

Дата / _____ /

Я, (ФИО пациента), проинформирован об ответственности за нарушение санитарно-эпидемических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание (236 УК РФ).

Дата / _____ /

Приложение №2
к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг
от _____ (дата)

Информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012 № 390н), на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н)

1. Я, (ФИО законного представителя, дата рождения, проживающий (ая) по адресу) в отношении

_____ (ФИО пациента при подписании согласия законным представителем) даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: _____

в ООО «Кубань Диагностика» медицинским работником: _____

_____ (должность, ФИО медицинского работника).

2. 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.

3. 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 РФ».

4. 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 РФ» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти: _____

(ФИО законного представителя, контактный телефон).

Подпись медицинского работника _____

Дата / _____ /

Я, (ФИО законного представителя) даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских исследований и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, пройденных (ФИО пациента) в ООО «Кубань Диагностика» по электронной почте или мессенджеру:

(адрес электронной почты/ номер мессенджера).

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Кубань Диагностика» ответственности не несет.

Дата / _____ /

Я, (ФИО законного представителя), проинформирован об ответственности за нарушение санитарно-эпидемических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание (236 УК РФ).

Дата / _____ /

Договор присоединения

ФИО, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», **адрес, телефон**, с одной стороны, и ООО «Кубань Диагностика», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», расположенное по адресу: 350058, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Ставропольская, д. 312, лит. Е, пом. 7, зарегистрированное в качестве юридического лица 25.05.2019 г. в ИФНС России № 3 г. Краснодар за ОГРН 1192375037700, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Асланяна Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-23-01-014163 от 11.12.2019 г., выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности - «Сторона», подписали настоящую Спецификацию о нижеследующим:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) следующие медицинские услуги:

Перечень медицинских услуг					
№ п/п	Наименование услуг	Ед. изм.	Кол-во	Цена за 1 ед., руб.	Сумма, руб.
		шт			
					Итого:

2. Срок оказания медицинских услуг «__» _____ г.
Место оказания услуг: по месту нахождения Исполнителя.

3. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя и указывается в таблице услуг, НДС не облагается.

4. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент) подтверждает, что ему предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Исполнитель уведомляет Заказчика (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную МУ), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной МУ,

повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

6. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое **согласие на обработку его персональных данных** Исполнителем в порядке, указанном в Разделе 6 Договора-оферты на оказание платных МУ ООО «Кубань Диагностика».

7. Подписывая настоящий Договор присоединения Заказчик (Пациент) дает свое **информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство: _____

(включенное в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (приказ МЗ и СР РФ от 23.04.2012 № 390н, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и МО для получения первичной медико-санитарной помощи (приложение №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н), утвержденный, для получения первичной медико-санитарной помощи) в ООО «Кубань Диагностика» медицинским работником:

(должность, ФИО медицинского работника).

7.1. 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.

7.2. 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 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

7.3. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти: _____

(ФИО гражданина, контактный телефон).

(ФИО гражданина, контактный телефон).

Подпись медицинского работника _____

8. Я, (ФИО пациента) даю свое согласие на отправку информации о результатах медицинских исследований и иных данных, непосредственно связанных с медицинским вмешательством, пройденных мною в ООО «Кубань Диагностика» по электронной почте или мессенджеру: _____ (адрес электронной почты/номер мессенджера).

Подписывая данное согласие, я проинформирован(а) о том, что электронная почта является незащищенным каналом связи. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов исследования ООО «Кубань Диагностика» ответственности не несет.

9. Я, (ФИО пациента), проинформирован об ответственности за нарушение санитарно-эпидемических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание (236 УК РФ).

10. Настоящий Договор присоединения вступает в силу с даты его подписания и является неотъемлемой частью Договора.

11. Реквизиты сторон:

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО "Кубань
Диагностика"
Юридический/фактический адрес:
350058, Краснодарский край, г.
Краснодар, ул. Ставропольская, д.
312, лит. Е, пом. 7
ОГРН 1192375037700
ИНН 2309171245
КПП 230901001
р/с 40702810526250000324
Банк ФИЛИАЛ "РОСТОВСКИЙ"
АО "АЛЬФА-БАНК"
БИК 046015207
Кор. счёт 30101810500000000207

ЗАКАЗЧИК:
ФИО:
Паспорт:
Адрес:
Телефон:
Заказчик: _____ / _____ /

Генеральный директор

/Асланян Д.Ю./