



ООО НУЗ ЦМР  
МЕДИКОМ

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное Учреждение  
Здравоохранения Центр Медицинской Реабилитации «Медиком»



УТВЕРЖДАЮ:

Исполнительный директор

ООО «УК «Медиком»

Медведева Т.В.

" 02 " 09 2024 года

## ПУБЛИЧНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В соответствии со ст. 437 Гражданского Кодекса Российской Федерации данный документ, является официальным, публичным и предложением (офертой) Общества с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр Медицинской реабилитации «Медиком», место нахождения: 655158, Российская Федерация, г. Черногорск, ул. Линейная, 255 А, ОГРН 1191901002754, ИНН 1903028626, именуемое в дальнейшем «Медицинский центр» и/или «Клиника», имеющее лицензию Л041-01182-19/00382058; выдана 21.09.2021 г. Министерством здравоохранения Республики Хакасия, в лице Общества с ограниченной ответственностью «Управляющая компания «Медиком» в лице Исполнительного директора Медведевой Татьяны Вячеславовны, действующего на основании доверенности № 5 от 08.02.2022 года, заключить договор на оказание медицинских услуг, с физическим лицом, отозвавшимся на настоящее предложение и принявшем порядок, определенном настоящем предложении, на условиях, определенных в настоящем предложении.

Срок действия настоящего предложения: с «02» сентября 2024 г. до момента его официального отзыва или утверждения предложения в новой редакции.

Настоящий документ - публичная оферта, опубликованный в сети Интернет по адресу: <https://center911.ru/>, предоставляемый в целях ознакомления на информационном стенде, в свободном доступе неограниченному кругу лиц, а также любыми другими способами, распространяется на Каждого Пациента, кто обращается в Медицинский центр за оказанием медицинских услуг.

Принятие настоящего предложения (акцепт) осуществляется путем подписания сторонами Предварительной (приблизительной) сметы до установленной форме (приложение № 6 к настоящему Публичному -приложению) физическим лицом, желающим заключить договор оказания платных медицинских услуг.

ООО НУЗ ЦМР «Медиком» в соответствии со п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

- а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- в) на основе клинических рекомендаций;
- г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

Пациент подтверждает, что согласовывает оказание ему платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи, а также согласовывает оказание ему медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

2.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, устанавливаются преискурантом Медицинского Центра, действующим на момент Заключения Договора. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Медицинским Центром с Пациентом или его представителем дополнительно.

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

2.5. При исполнении настоящего Договора- стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

2.6. Приложение № 1 (Преискурант); Приложение № 2 (Согласие Заказчика), Приложение № 3 (Заявление Пациента), Приложение № 4,5 (Предварительная (приблизительная) смета), Приложение № 6 (Акт об оказании медицинских услуг) являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

### **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

#### **3.1. При предоставлении медицинских услуг Клиника имеет право:**

- определять характер и объем исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза, лечения и профилактики, необходимость перевода в отделения другого профиля, в другую медицинскую организацию в соответствии с состоянием здоровья Пациента;
- в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, лечебных мероприятий, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи;
- отказаться от оказания услуг по Договору при нарушении Пациентом или Заказчиком условий настоящего Договора, Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, а также при несоблюдении Пациентом лечебно-охранительного режима или нарушения предписаний и рекомендаций врачей-специалистов Клиники, выявления у Пациента противопоказаний, препятствующих оказанию услуг;
- принять денежные средства от третьего лица в качестве исполнения обязательства Заказчика, если Заказчик не заявит Клинике об обратном;
- вносить изменения в преискурант услуг, который является официальным документом Клиники, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора;
- при необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские организации) для оказания услуг Пациенту;

- в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, клиника вправе назначить другого врача с согласия Пациента;
- отказаться от предоставления Пациенту услуг, предусмотренных настоящим Договором в случае:

-невозможности обеспечения безопасного оказания медицинской услуги;

-отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;

-при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;

-если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента;

-невыполнения Пациентом условий настоящего Договора;

Клиника не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Пациента от подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

### **3.2. При оказании медицинских услуг Клиника обязуется:**

- в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства и иные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке;
- обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы Медицинского Центра, перечне услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов Клиники;
- предоставлять Пациенту полную информацию о назначениях, методах лечения, действиях применяемых препаратов, возможных последствиях, а также рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения;
- выполнение принятых на себя обязательств по оказанию услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских организаций, имеющих с Медицинским Центром договорные отношения;
- по требованию Пациента или его законного представителя предоставлять Пациенту в доступной форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, сведения об условиях предоставления медицинской помощи;
- предоставлять медицинские услуги в сроки, установленные настоящим Договором;
- осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи по запросу Заказчика предоставлять документы, необходимые для получения социальных налоговых вычетов согласно п. 3 ч. 2 ст. 219 Налогового кодекса Российской Федерации;
- по запросу Пациента или уполномоченных им лиц предоставлять копии медицинской документации;
- соблюдать врачебную тайну, а также условие о конфиденциальности в отношении персональных данных Пациента и Заказчика;
- довести до сведения Пациента и Заказчика Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённые Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 в наглядной и доступной форме;
- при заключении Договора предоставить Пациенту и Заказчику в доступной форме информацию 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;

- осуществлять обработку персональных данных Пациента и Заказчика в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

### **3.3. При получении медицинских услуг Пациент имеет право:**

- получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь);
- в любой момент отказаться от медицинской помощи, при этом Заказчик обязан оплатить Клинике фактически оказанные Пациенту медицинские услуги;
- в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
- пациент имеет право на отказ от медицинского вмешательства, который с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач.
- получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Клиники;
- получить копию медицинской документации на бумажном носителе по документу, удостоверяющему личность;
- обратиться к руководству Медицинского центра с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

### **3.4. При получении медицинских услуг Пациент обязуется:**

- заблаговременно информировать Медицинский Центр о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги;
- предоставить специалистам Клиники (лечащему врачу) подробную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, отягощённой наследственности, перенесенных и имеющихся заболеваниях, наличии вредных привычек, вредных и опасных условиях труда, аллергических реакциях, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если Пациенту заранее известно о наличии данного заболевания;
- незамедлительно сообщать обо всех неблагоприятных симптомах в состоянии своего здоровья;
- соблюдать предписания лечащего врача, режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, правила поведения, установленные внутренним распорядком медицинской организации и нормативно-правовыми актами РФ, регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарноэпидемиологического режима Клиники;
- при каждом посещении иметь при себе документ, удостоверяющий личность и предъявлять их по требованию медицинского персонала Клиники, а также предоставлять документ, удостоверяющий личность персоналу Клиники для заключения Договора и оформления необходимой медицинской документации;
- бережно относиться к имуществу Клиники;
- предоставить согласие на обработку персональных данных Клинике и лицам, уполномоченным Клиникой осуществлять обработку персональных данных исключительно в медицинских целях в связи с технической необходимостью, а также согласие на предоставление персональных данных (в т.ч. специальных) Заказчику в целях исполнения настоящего Договора;
- предоставлять добровольное информированное согласие на оказание Клиникой медицинских услуг;

- проходить подготовку к медицинским исследованиям, манипуляциям и процедурам в соответствии с рекомендациями лечащего врача и правилами, изложенными в подписанном Пациентом добровольном информированном согласии на оказание медицинских услуг;
- оплачивать оказываемые Клиникой медицинские услуги в соответствии с условиями Договора;
- ознакомиться с Прейскурантом Клиники;
- возместить фактически понесенные Клиникой расходы в случае отказа от проведения медицинских услуг;
- информировать Клинику о невозможности явки в назначенное время не менее чем за 24 часа, а в случае неявки без предупреждения обязан оплатить фактически понесенные Клиникой расходы.

**Пациенту при посещении Медицинского центра запрещается:** курить в помещении Медицинского центра, пользоваться открытым пламенем (спичками, зажигалкой и пр.), приносить с собой легковоспламеняющиеся и горючие жидкости, приходиться в состоянии алкогольного, наркологического, токсического опьянения.

### **3.5. При исполнении настоящего договора Заказчик обязан:**

- Своевременно оплачивать оказываемые Пациенту услуги согласно положениям настоящего договора;
- Предоставить свое согласие на обработку персональных данных, полученных Клиникой в рамках настоящего Договора, для целей исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору и предоставления их Пациенту в целях исполнения требований действующего законодательства, а также третьим лицам, которые уполномочены Клиникой осуществлять обработку персональных данных в связи с технической необходимостью исключительно в медицинских целях;
- Извещать Клинику об изменении персональных данных Заказчика, указанных в Договоре в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты такого изменения;
- Подчиняться Правилам внутреннего распорядка Клиники.

## **4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

4.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, действующими на территории Российской Федерации. По желанию Пациента медицинские услуги могут быть оказаны в виде отдельных консультаций, исследований или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, действующего на территории Российской Федерации.

Объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании данных осмотра, установленного диагноза, имеющейся медицинской документации, с учетом пожеланий Пациента, если они не противоречат общепринятой лечебной практике. В ходе проведения обследования и лечения объем и характер медицинских услуг может быть скорректирован специалистами Клиники. При оказании Клиникой медицинских услуг Сторонами может быть согласована смета на оказание медицинских услуг.

4.2. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Заказчика (потребителя) Клинику в соответствии со ст. 190 ГК РФ. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинской карте и согласуются с Заказчиком. Медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается Клиникой в плановом порядке по предварительной записи с учетом расписания и занятости врачей-специалистов, а также при наличии показаний и возможности Клиники - в день обращения за медицинской помощью без предварительной записи. Медицинская помощь в условиях стационара дневного пребывания оказывается в плановом порядке. Экстренная медицинская помощь оказывается пациентам, самостоятельно обратившимся в Клинику за медицинской помощью при выявлении у них заболеваний или состояний, представляющих угрозу жизни. Экстренная госпитализация осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи в ближайший стационар.

4.3. Медицинское- вмешательство осуществляется при условии наличия подписанного информированного добровольного согласия Пациента или его законного представителя, полученного в соответствии с требованиями действующего законодательства, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

4.4. Клиника вправе привлекать для оказания медицинских услуг по настоящему Договору иные медицинские организации, имеющие лицензии на медицинскую деятельность и соответствующие иным требованиям действующего законодательства. В этом случае Клиника координирует действия привлекаемых к оказанию услуг медицинских организаций, обеспечивает предоставление Пациенту и уполномоченным последним в Заявлении Пациента лицам информации о ходе лечения, состоянии здоровья Пациента, иных условиях оказания медицинской помощи.

4.5. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники и доводятся до сведения Пациента.

4.6. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием (определение времени получения услуги).

4.7. Клиника оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Пациентом, а также право внеочередного приема Пациента с симптомами острого заболевания.

## **5. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ ЗА ОКАЗАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

5.1. Настоящий договор является рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех услуг Заказчику. Перечень и цена оказываемых Клиникой медицинских услуг предусмотрены в прейскуранте (Прайс-листе), действующем на дату заключения Договора. Цены в Прейскуранте указываются в рублях. Прейскурант, размещенный на официальном сайте Клиники и стойке администраторов Клиники, содержит информацию о стоимости услуг в рублях на текущую дату. Детализация видов работ и услуг, стоимости этапов могут определяться в планах лечения, согласованных с Заказчиком, приблизительных сметах (дополнительных приблизительных сметах).

Оплата услуг Клиники осуществляется Заказчиком (Пациентом) путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Клиники, либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники.

5.2. На момент подписания настоящего Договора Заказчик ознакомлен с действующим Прейскурантом.

5.3. Порядок оплаты:

5.3.1. Если иное не предусмотрено настоящим Договором, Заказчик обязан-оплачивать Клинике оказанные Пациенту амбулаторные медицинские услуги в порядке 100% предоплаты.

5.4. Стоимость однодневного медицинского наблюдения в условиях дневного стационара определяется в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующим на дату оказания услуг.

5.5. В день завершения оказания медицинских услуг потребителю выдается выписка из медицинских документов, отражающая состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Выписка выдается бесплатно.

По окончании оказания услуг по настоящему Договору их приемка оформляется Актом об оказании медицинских услуг, подписанным Клиникой и Пациентом и/или Заказчиком. В случае отказа от подписания Акта об оказании медицинских услуг без предоставления письменного мотивированного ответа о причинах отказа, или отсутствия в момент окончания оказания услуги Пациента, Заказчика или иного уполномоченного лица в Акте делается отметка об этом, и Акт подписывается Клиникой в одностороннем порядке, услуги считаются оказанными и принятыми Заказчиком/Пациентом в полном объеме. Факт оказания услуги также может быть подтвержден медицинской документацией.

5.6. Оплата за предоставляемые Клиникой Пациенту медицинские услуги может быть осуществлена страховой компанией или иным третьим лицом на основании договоров, заключенных Клиникой с указанными третьими лицами.

## **6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. В целях исполнения настоящего Договора публичной оферты (предложения) в соответствии с пунктом 5 статьи 6, а также статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора Пациент предоставляет Медицинскому центру свои Персональные данные (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Медицинского центра своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Пациента, в целях получения услуг, оказываемых Медицинским центром. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Пациента, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется Медицинским центром следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Медицинский центр не ограничен в применении способов их обработки. Пациент выражает согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Медицинский центр вправе предоставить персональные данные Пациента третьему лицу (в т.ч. зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

6.2. Внутренним регулятивным документом Клиники, определяющим ключевые направления её деятельности в области обработки и защиты персональных данных, оператором которых является Клиника, является «Политика обработки и защиты персональных данных ООО НУЗ ЦМР «Медиком», утвержденная приказом исполнительного директора ООО «УК «Медиком» от 01.02.2024 года. «Политика обработки и защиты персональных данных ООО НУЗ ЦМР «Медиком» опубликована в сети «Интернет» на официальном сайте Клиники.

6.3. Порядок работы со сведениям и предоставления сведений, составляющих врачебную тайну, ООО НУЗ ЦМР «Медиком», а также порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях регулируется «Положением о порядке предоставления сведений, составляющих врачебную тайну», утвержденного приказом исполнительного директора ООО «УК «Медиком» от 01.02.2024 года. «Положение о порядке предоставления сведений, составляющих врачебную тайну» опубликовано в сети «Интернет» на официальном сайте Клиники и на информационном стенде Клиники.

6.4. Порядок работы с пациентами, получающими медицинские услуги анонимно определен «Правилами оказания платных медицинских услуг анонимно», утвержденными приказом исполнительного директора ООО «УК «Медиком» от 01.02.2024 года.

6.5. На момент подписания настоящего Договора Заказчик (Пациент) ознакомлены с действующими «Положением о порядке предоставления сведений, составляющих врачебную тайну», «Политикой обработки и защиты персональных данных ООО НУЗ ЦМР «Медиком» и «Правилами оказания платных медицинских услуг анонимно».

## 7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Стороны устанавливают, что Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг, если докажет, что это было обусловлено:

-непредставлением Пациентом Клинике (лечащему врачу и/или иному специалисту) надлежащей информации для оказания услуг, равно как и предоставление недостоверной или ложной информации(включая, но не ограничиваясь информацией о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях);

- нарушением Пациентом режима лечения, правил нахождения в клинике и правил оказания отдельных видов услуг, с которыми Пациент должен быть предварительно ознакомлен перед их оказанием;

■ - неисполнением Пациентом предписаний лечащего врача или иного специалиста Клиники;

- осуществлением Пациентом на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций иных специалистов или иных третьих лиц);

- сокрытием или несвоевременным предоставлением Пациентом сведений лечащему врачу о произошедшем ухудшении состояния здоровья;

- отказом Пациента от прохождения курса лечения;

- наступлением побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним;

7.3. Клиника несет ответственность за некачественное оказание медицинских услуг при условии подтверждения некачественного оказания медицинских услуг согласно положениям действующего законодательства Российской Федерации;

7.4. В случае причинения ущерба имуществу Клиники Заказчик/Пациент обязаны возместить причиненный ущерб в полном объеме.

## 8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по настоящему договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке:

• иски о защите прав Заказчика/Пациента будут предъявляться в суд по выбору Заказчика (Пациента) в соответствии с действующим законодательством;

• по соглашению Сторон устанавливается следующая подсудность -для исков клиники к Заказчику: если спор подсуден мировому судье, тогда иск предъявляется в судебный участок- № 5 г. Черногорска, если спор подсуден районному суду, тогда иск предъявляется в Черногорский городской суд. Заказчик вправе изменить данное условие путем указания в Заявлении Заказчика на отказ от договорной подсудности (в свободной форме), либо направления соответствующего письменного заявления в адрес Клиники в свободной форме в период действия Договора, но до момента возникновения судебного спора между Клиникой и Заказчиком.

## 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами предварительной (приблизительной) сметы и после ознакомления Заказчика с настоящим Публичным предложением, Прейскурантом Клиники, режимом работы и правилами внутреннего

распорядка в Клинике и действует до момента надлежащего исполнения взаимных обязательств.

9.2. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством и Договором.

## **10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

10.1. Договор включает в себя настоящие условия заключения Договора, зафиксированные в публичном предложении о заключении договора на оказание медицинских услуг. Экземпляр настоящего предложения с условиями Договора и предварительная (приблизительная) смета предоставляются Заказчику. Аналогичный комплект документов предоставляется Пациенту Клиникой.

10.2. Стороны допускают факсимильное воспроизведение Клиникой подписей («факсимиле») уполномоченных им лиц с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи на документах, являющихся обязательными и необходимыми при проведении сделок в силу законодательства РФ или условий Договора. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

## **СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ**

Наименование: Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком»

ОГРН 1172468059940, ИНН 2455038509 КПП 245501001.

Юридический адрес: 655158, Республика Хакасия, Черногорск, ул. Линейная, д. 255А.

Банковские реквизиты: р/с 40702810504000051451 в Сибирском филиале ПАО «Промсвязьбанк», БИК: 045004816

Лицензия Л041-01182-19/00382058 от 21.09.2021 г. Выдана бессрочно. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Республики Хакасия (655017, г. Абакан, ул. Крылова, 72, тел. +7 (3902) 29-50-91, на осуществление следующих видов медицинской деятельности:

655158, Республика Хакасия, г. Черногорск, ул. Линейная, д. 255А выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; медицинской реабилитации; травматологии и ортопедии; физиотерапии; хирургии; при оказании

первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации; физиотерапии.

655158, Республика Хакасия, г. Черногорск, ул. Линейная, д. 255, помещения 108, 109. выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н;

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: медицинской реабилитации.



**ООО НУЗ ЦМР  
МЕДИКОМ**

---

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное Учреждение  
Здравоохранения Центр Медицинской Реабилитации «Медиком»

**Согласие заказчика на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью Заказчика)

Проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

Паспорт серия, номер \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_  
(дата, название выдавшего органа)

Номер телефона \_\_\_\_\_,  
электронная почта \_\_\_\_\_

Настоящим даю свое согласие на обработку персональных данных, представленных мною в настоящем заявлении и моих биометрических персональных данных, а именно: моего видеоизображения и аудиозаписи моего голоса, в целях исполнения настоящего Договора, в том числе согласие на предоставление моих персональных данных Пациенту для соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, а также лицам, уполномоченным Клиникой осуществлять обработку персональных данных исключительно в медицинских целях в связи с технической необходимостью при условии соблюдения режима конфиденциальности в отношении обрабатываемых персональных данных.

Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.

**ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАКАЗЧИКА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ  
БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я подтверждаю, что проинформирован(а) Клиникой о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляемой медицинской деятельности, о врачах, об уровне их образования и квалификации - с данной информацией ознакомился;

Я проинформирован о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, возможности допуска адвоката, законного представителя и священнослужителя.

Подписывая данное согласие, я однозначно выражаю свою волю, и желание на получение Пациентом медицинские услуги на платной основе в Обществе с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком».

Моё решение об оказании пациенту медицинских услуг на платной основе (вне рамок обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) принято в связи с моим собственным добровольным желанием и целенаправленным, осознанным выбором предприятия в котором оказываются платные медицинские услуги (Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком»).

Я информирован(а) и согласен(а), что оказываемые платные медицинские услуги не могут быть возмещены из средств ОМС (бюджетных средств) и не будут возмещаться страховой компанией, в которой Пациент застрахован по ОМС. Я подтверждаю, что не нахожусь в стесненных или вынужденных обстоятельствах.

**Подпись гражданина** \_\_\_\_\_

**Подпись сотрудника Оператора** \_\_\_\_\_



**ООО НУЗ ЦМР  
МЕДИКОМ**

---

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное Учреждение  
Здравоохранения Центр Медицинской Реабилитации «Медиком»

**Согласие пациента на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью пациента или его законного представителя)

Проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(по месту регистрации)

Паспорт серия, номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_  
(дата, название выдавшего органа)

Номер телефона \_\_\_\_\_,

электронная почта \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку, Обществу с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком» моих персональных данных и персональных данных ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью,- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные и персональные данные ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных(документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе с системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Я даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне по незащищенным каналам связи SMS-сообщений, сообщений на электронную почту (на указанный мною номер мобильного телефона или адрес электронной почты) о записи на прием к специалисту или исследованию, информационные изменения, об услугах и акциях Оператора. Передача

персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я даю Оператору свое согласие на передачу персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну с помощью средств связи путем пересылки мне по незащищенным каналам связи SMS-сообщений, сообщений на электронную почту (на указанный мною номер мобильного телефона или адрес электронной почты). Передача персональных данных осуществляется только с моего письменного согласия.

Я, оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует бессрочно.**

### **ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАКАЗЧИКА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Я подтверждаю, что проинформирован(а) Клиникой о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, режиме работы учреждения, месте его нахождения, об имеющейся лицензии, осуществляемой медицинской деятельности, о врачах, об уровне их образования и квалификации - с данной информацией ознакомился;

Я проинформирован о правах пациента, в том числе о праве на отказ от медицинского вмешательства, возможности допуска адвоката, законного представителя и священнослужителя.

Подписывая данное согласие, я однозначно выражаю свою волю, и желание на получение Пациентом медицинские услуги на платной основе в Обществе с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Диагностический центр «Медиком».

Моё решение об оказании пациенту медицинских услуг на платной основе (вне рамок обязательного медицинского страхования и Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) принято в связи с моим собственным добровольным желанием и целенаправленным, осознанным выбором предприятия в котором оказываются платные медицинские услуги (Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком»).

Я информирован(а) и согласен(а), что оказываемые платные медицинские услуги не могут быть возмещены из средств ОМС (бюджетных средств) и не будут возмещаться страховой компанией, в которой я застрахован по ОМС. Я подтверждаю, что не нахожусь в стесненных или вынужденных обстоятельствах.

**Подпись гражданина** \_\_\_\_\_

**Подпись сотрудника Оператора** \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным  
представителем)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный  
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н  
(далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной  
помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь  
(ненужное зачеркнуть) в ООО НУЗ ЦМР «Медиком»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)  
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск,  
возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а  
также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от  
одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их)  
прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.  
N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи  
19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"  
может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого  
я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

### **Перечень видов медицинских вмешательств при оказании первичной медико-санитарной помощи**

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, рэоэнцефалография, 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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

## Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании отказа законным представителем)  
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в медицинском центре ООО НУЗ ЦМР «Медиком» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:

\_\_\_\_\_ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

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

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

\_\_\_\_\_ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

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

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Предварительная (приблизительная) смета

г. Черногорск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком», далее именуемое «Медицинский центр» или «Клиника», в лице

действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ г., и,

(сведения о Пациенте: Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты)

именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, в совокупности именуемые «Стороны», составили настоящую смету о нижеследующем:

1. Пациент поручает оказать медицинские и сопутствующие услуги в следующем объеме и по следующему перечню (согласно кодам и наименованию в утвержденном Клиникой прейскуранте):

Код услуги	Наименование услуги	Цена (руб.)	К-во	Сумма (руб.)

2. Приблизительная цена услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Сметой, Клиника вправе предоставить медицинские услуги на возмездной основе, если неоказание таких услуг будет сопряжено с причинением или угрозой причинения вреда жизни и здоровью пациента, а также если оказание таких услуг необходимо для достижения целей настоящего Договора.

3. Настоящая предварительная (приблизительная) смета является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг, составлена в двух (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон».

4. Подписывая настоящую предварительную (приблизительную) смету Пациент подтверждает, что он принимает публичное предложение ООО НУЗ ЦМР «Медиком» (далее - «Медицинский центр» и/или «Клиника») о заключении договора на оказание медицинских услуг (далее - «Договор»), в соответствии с которым Клиника обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги и обязуется оплачивать оказанные услуги в соответствии с действующим Прейскурантом Клиники, если иное не предусмотрено Договором. Пациент осведомлен о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам Клиники не влечет изменения условий публичного предложения, если иное не предусмотрено в соглашении.

5. Подписывая настоящую предварительную (приблизительную) смету Заказчик/Пациент подтверждают, что они ознакомлены и согласны с публичным предложением Клиники, прейскурантом Клиники, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Клиники, экземпляр публичного предложения Клиники на руки получил.

От «Клиники»

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись      расшифровка подписи

От «Пациента»:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись      расшифровка подписи

М.П.

Предварительная (приблизительная) смета

г. Черногоorsk

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком», далее именуемое «Медицинский центр» или «Клиника», в лице

действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ Г., И,

(сведения о Заказчике: Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, в совокупности именуемые «Стороны», составили настоящую смету о нижеследующем:

1. Заказчик поручает оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

Пациент:

(сведения о Пациенте: Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты)

в следующем объеме и по следующему перечню (согласно кодам и наименованию в утвержденном Клиникой прейскуранте):

Код услуги	Наименование услуги	Цена (руб.)	К-во	Сумма (руб.)

2. Приблизительная цена услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Сметой, Клиника вправе предоставить медицинские услуги на возмездной основе, если неоказание таких услуг будет сопряжено с причинением или угрозой причинения вреда жизни и здоровью пациента, а также если оказание таких услуг необходимо для достижения целей настоящего Договора.

3. Настоящая предварительная (приблизительная) смета является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг, составлена в двух (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон».

4. Подписывая настоящую предварительную (приблизительную) смету Заказчик/Пациент подтверждают, что он принимает публичное предложение ООО НУЗ ЦМР «Медиком» (далее - «Медицинский центр» и/или «Клиника») о заключении договора на оказание медицинских услуг (далее - «Договор»), в соответствии с которым Клиника обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги и обязуются оплачивать оказанные услуги в соответствии с действующим Прейскурантом Клиники, если иное не предусмотрено Договором. Заказчик/Пациент осведомлены о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам Клиники не влечет изменения условий публичного предложения, если иное не предусмотрено в соглашении.

5. Подписывая настоящую предварительную (приблизительную) смету Заказчик/Пациент подтверждают, что они ознакомлены и согласны с публичным предложением Клиники, прейскурантом Клиники, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Клиники, экземпляр публичного предложения Клиники на руки получил.

От «Клиники»

\_\_\_\_\_  
Подпись / расшифровка подписи

От «Пациента»:

\_\_\_\_\_  
Подпись / расшифровка подписи

От «Заказчика»:

\_\_\_\_\_  
Подпись / расшифровка подписи

Приложение № 6 к публичному предложению о заключении договора на оказание медицинских услуг

Акт  
об оказании медицинских услуг

г. Черногоorsk

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью Негосударственное учреждение здравоохранения Центр медицинской реабилитации «Медиком», далее именуемое «Медицинский центр» или «Клиника», в лице

действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_ г., и,

(сведения о Пациенте: Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; контактный телефон и адрес электронной почты)

именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, в совокупности именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Стороны подтверждают, что исполнитель оказал, а Пациент принял платные медицинские услуги, в следующем объеме и по следующему перечню (согласно кодам и наименованию в утвержденном Клиникой прейскуранте):

Код услуги	Наименование услуги	Цена (руб.)	К-во	Сумма (руб.)

2. Стоимость оказанных услуг составила \_\_\_\_\_ рублей.
3. Медицинские услуги оказаны «Клиникой» в срок и надлежащего качества.
4. Пациент претензий к качеству, объемам и срокам исполнения оказанных медицинских услуг не имеет.
5. Настоящий акт является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг, составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из «Сторон».

От «Клиники»:

\_\_\_\_\_  
Подпись      расшифровка подписи

От «Пациента»:

\_\_\_\_\_  
Подпись      расшифровка подписи

М.П.

