# Договор на оказание медицинских услуг № <DogovorNumber>

г. Санкт-Петербург **<Date>**

**Общество с ограниченной ответственностью «Независимая лаборатория КДИНМЕДЛАБ»**, далее именуемое **Исполнитель**, в лице Генерального директора Беловского Александра Юрьевича, действующего на основании Устава, и

<ClientFIO> ,

(фамилия, имя, отчество)

далее именуемый(-ая) **Заказчик**, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

# Предмет Договора

* 1. Заказчик, действуя в интересах Пациента

<ClientFIO> ,

(фамилия, имя, отчество)

настоящим своей волей поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Заказчику *(Пациенту*) платные медицинские услуги (далее – услуги) согласно перечню, устанавливаемому направительными бланками (сметами), подписываемыми Сторонами к Договору (далее – смета), условиям и требованиям, предусмотренным Договором и приложениями к нему. Подписанные Сторонами сметы являются неотъемлемой частью Договора.

Перечень подлежащих оказанию услуг Исполнителя устанавливается в смете на основании прайс-листа Исполнителя (далее – прайс-лист), действующего на момент оформления Сторонами сметы, с которым Заказчик может ознакомиться в медицинских офисах Исполнителя.

* 1. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-053999 от 18.01.2021 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области (тел. +7 (999) 999-99-99, адрес: 954552, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 99) на осуществление следующих работ (услуг)1:

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике, вакцинации (проведению профилактических прививок), рентгенологии, лабораторной диагностике, гистологии, медицинской микробиологии; - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), терапии, педиатрии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, кардиологии, детской кардиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, детской урологии-андрологии, функциональной диагностике, эндокринологии, детской эндокринологии, гастроэнтерологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, анестезиологии и реаниматологии, неврологии, онкологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, хирургии, детской хирургии, эндоскопии, генетике, забору, крио консервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, клинической лабораторной диагностике, лабораторной генетике, медицинской микробиологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, патологической анатомии, ревматологии; - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; - при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (пред сменным, предрейсовым, после сменным, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

* 1. Исполнитель оказывает услуги и выдаёт необходимую медицинскую документацию в сроки и порядке, установленные в смете. Исчисление сроков оказания услуг осуществляется в рабочих днях со дня, следующего за днём подписания Сторонами сметы, если иное не предусмотрено сметой, а услуга является оказанной Исполнителем с момента ее фактического оказания / выдачи Исполнителем медицинской документации в порядке, установленном настоящим пунктом и сметой. В случаях, установленных в сметах, и при наличии технической возможности Исполнитель вправе направить лицу, указанному в смете, уведомление о готовности медицинской документации в виде СМС-сообщения, иной объективной форме по абонентскому номеру, указанному в смете.

# Общие положения

* 1. Договор является публичным договором-офертой. Правила оказания платных медицинских услуг, утвержденные Исполнителем (далее – Правила), прайс-лист размещаются Исполнителем на сайте и в медицинских офисах Исполнителя и являются неотъемлемой частью Договора.
  2. Подписанием Договора и/или осуществлением действий по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя, Заказчик2 подтверждает ознакомление и полное, безоговорочное согласие с условиями Договора.

# Права и обязанности Сторон

* 1. Заказчик2:
     1. Вправе на основании действующего прайс-листа определять фактический объем услуг Исполнителя.
     2. Обязуется оплатить услуги Исполнителя в порядке, установленном Договором.
     3. Обязуется соблюдать Правила.
     4. Заказчик *(Пациент)* подтверждает и гарантирует, что указанные им в Договоре и/или в сметах абонентские номера и/или адреса электронной почты принадлежат ему, и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений. Заказчик *(Пациент)* понимает и соглашается с тем, что передаваемая посредством электронной почты информация направляется ему с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.
  2. Исполнитель обязуется:
     1. Качественно, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и иным требованиям, установленным законодательством РФ, в установленные сметой сроки оказать услуги Заказчику *(Пациенту)*.
     2. Выдать установленному сметой лицу и в порядке, установленным сметой, необходимую медицинскую документацию.
  3. Исполнитель вправе в случае необходимости привлекать Соисполнителей для оказания услуг Заказчику.

# Порядок расчетов

* 1. Стоимость услуг определяется на основании прайс-листа, действующего на момент предоплаты Заказчиком стоимости услуг Исполнителя, указывается в смете и в кассовом чеке, выдаваемом Заказчику, и не облагается НДС в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.
  2. Заказчик осуществляет оплату услуг до начала их оказания наличными денежными средствами или с использованием платёжных банковских карт, либо путём погашения Заказчиком документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг.

Оплата услуг Заказчиком посредством погашения документа, выпущенного в подтверждение предварительной оплаты услуг, допускается в случаях и порядке, предусмотренных документом и правилами его обращения.

# Прочие условия

* 1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора они вправе пользоваться электронной подписью, факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.
  2. За частичное или полное неисполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика *(Пациента)* в результате предоставления некачественной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
  3. Споры между Сторонами решаются в порядке, установленном Правилами.
  4. Подписанием Договора

**Заказчик**  **соглашается**  **не соглашается Пациент**3 *(если таковой указан в Договоре) * **соглашается**  **не соглашается**

получать распространяемые Исполнителем и/или ООО «КДИНМЕДЛАБ» (и/или третьими лицами, привлекаемыми ими для распространения) рекламные и/или иные информационные материалы (в том числе приглашения на участие в клинических исследованиях лекарственных препаратов, маркетинговых исследованиях) (далее

– материалы) (представленные в виде e-mail-сообщений, иной объективной форме), в том числе с использованием сетей связи, сетей подвижной радиотелефонной связи посредством абонентских номеров и/или электронной почты, указанных Заказчиком *(Пациентом)* в Договоре и/или в сметах. Выражая согласие на получение материалов, Заказчик *(Пациент)* соглашается на предоставление информации о факте дачи им такого согласия третьим лицам, привлекаемым для распространения материалов (в том числе операторам связи), и/или уполномоченным государственным (муниципальным) органам власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия.

# Подписанием Договора Заказчик *(Пациент)* подтверждает, что им проверено поле, отмеченное знаком «V» в настоящем пункте Договора, знаком «V» отмечено действительное волеизъявление Заказчика *(Пациента)*.

* 1. Подписанием Договора Заказчик *(Пациент)* предоставляет Исполнителю согласие на осуществление Исполнителем обработки персональных данных Заказчика

*(Пациента)* в порядке и на условиях, установленных Правилами.

# Заключительные положения

* 1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика *(Пациента)* и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.
  2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Правилами и законодательством РФ. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из законодательства РФ, Договора не вытекает иное.
  3. Заказчик *(Пациент*) подтверждает, что до заключения Договора он в письменной форме уведомлен Исполнителем, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего услугу) может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика *(Пациента)*.
  4. Заказчик *(Пациент)* подтверждает, что при заключении Договора ему предоставлена Исполнителем в доступной форме 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.

**ПОДПИСИ ТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Исполнитель**  ООО «КДИНМЕДЛАБ»  ОГРН 1035666707381  Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2003 года, серия 99 № 099726899, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 99 по г. Москве  адрес местонахождения: 000000, г. Москва, 99-ая Лиговская ул., д. 99, корп. 9, эт. 9, пом. 9, комн.93  телефон, факс: +7 (495) 363-6465 | **Заказчик** |
| Генеральный директор Беловский А.Ю. | <ClientFIO>  *(фамилия, имя, отчество)*  Дата рождения: <DateOfBirth>  Паспорт <PassportFirstN> <PassportSectN> ,  *серия номер*  выданный <PassportGivenBy> |
|  | Телефон: <Phone>  e-mail: <Email> |
| М.П. | *(подпись)* <ClientFIO> |
|  |  |

1 Перечень услуг, оказываемых по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2 Читать: «Заказчик и Пациент», если Пациент указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией).

3 Заполняется Заказчиком в случаях, когда Заказчик является законным представителем Пациента.

4 Заполняется, если Пациент указан в Договоре и достиг возраста 18 лет, либо приобрел дееспособность в полном объеме.

СОГЛАСИЕ   
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Санкт-Петербург <Date>

Я, <ClientFIO>, паспорт <PassportNumber>, выдан <PassportGivenBy>,даю свое согласие ООО «КДИНМЕДЛАБ» на обработкумоих персональных данных. Согласие касается фамилии, имени, отчества, данных о поле, дате рождении, гражданстве, типе документа, удостоверяющем личность (его серии, номере, дате и месте выдачи).

Я даю согласие на использование персональных данных исключительнов целях формирования кадрового документооборота предприятия, бухгалтерских операций и налоговых отчислений, а также на хранение всех вышеназванных данных на электронных носителях. Также данным согласием я разрешаю сбор моих персональных данных, их хранение, систематизацию, обновление, использование (в т.ч. передачу третьим лицам для обмена информацией), а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации.

До моего сведения доведено, что ООО «КДИНМЕДЛАБ» гарантируетобработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Срок действия данного согласия не ограничен. Согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Подтверждаю, что, давая согласие, я действую без принуждения, по собственной воле и в своих интересах.

*Подпись\_\_\_\_\_\_*  <ClientFIO>