

ОФЕРТА НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ПРЕАМБУЛА

В соответствии со ст. 435, п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации, данный документ является публичной офертой, направляемой Обществом с ограниченной ответственностью «Клиника Эксперт Юг» (сокращенное наименование – ООО «Клиника Эксперт Юг»), адрес: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 262/122, помещение 1, ИНН 6163227721, КПП 616301001, ОГРН 1226100030848, далее «Медицинская организация», в лице Генерального Директора УК ООО "МЦ ЭКСПЕРТ" Шерстобоева Владислава Васильевича, действующего на основании Договора № 08 от 29.01.2025 г. ООО "МЦ ЭКСПЕРТ" о передаче полномочий ЕИО управляющей организации общества с ограниченной ответственностью «Клиника Эксперт Воронеж» управляющей организации ООО "МЦ ЭКСПЕРТ", в адрес неограниченного круга лиц, о намерении заключить Договор оказания платных медицинских услуг на условиях, описанных далее (далее «Договор»).

Сторонами Договора являются ООО «Клиника Эксперт Юг» (далее - Медицинская организация) и правоспособное и дееспособное физическое лицо, обратившееся за заключением Договора (далее - «Потребитель») в своих интересах или в интересах другого лица (далее - «Пациент»).

Ознакомление Пользователя с офертой осуществляется путем размещения действующей ее редакции на Сайте по адресу: www.telemedex.ru.

Внимательно ознакомьтесь с текстом настоящей оферты и, если вы не согласны с каким-либо ее пунктом, вам предлагается воздержаться от использования предлагаемых услуг.

АКЦЕПТ ОФЕРТЫ

Полным и безоговорочным принятием (Акцептом) условий настоящей Оферты считается осуществление Потребителем конклюдентных действий: регистрации, проставления отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей оферты, внесения предоплаты за Услуги (в случае, если Потребитель, является застрахованным лицом по программе добровольного медицинского страхования и Услуги входят в перечень медицинских услуг, оказываемых в рамках договора добровольного медицинского страхования, внесение предоплаты за Услуги не требуется). Акцепт настоящей оферты означает в том числе предоставление Потребителем согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, а также информированного добровольного согласия на виды 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, а также то, что Потребитель ознакомлен и согласен с Условиями и порядком оказания услуг, с Пользовательским соглашением, с Политикой в отношении обработки персональных данных, размещенных по ссылке www.telemedex.ru.

В случае если Услуги оказываются безвозмездно (Потребителю предоставляется такая льгота), для совершения акцепта необходимо совершение всех указанных выше действий, кроме внесения предоплаты за Услуги.

Договор считается заключенным в письменной форме на основании положений п. 3 ст. 434, п. 3 ст. 438 ГК РФ, п. 45 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное предложение заключить договор принято путем акцепта, совершенного конклюдентными действиями, а также договор с Потребителем считается заключенным со дня оформления Потребителем соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору).

Договор заключается в каждом случае обращения Потребителя за Услугами.

Срок действия оферты устанавливается с 01.03.2022 г. на весь период действия лицензии на осуществление медицинской деятельности либо до момента ее официального отзыва или изменения оферты путем утверждения новой редакции.

Настоящая Оферта может быть в любое время в одностороннем порядке изменена Медицинской организацией. Такие изменения приобретают силу для Сторон только на будущее время.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим Медицинская организация уведомляет Потребителя:

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинской организации (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/ Пациента;*
- о возможности получения 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;*
- о том, что заключения, полученные в результате дистанционной медицинской консультации, будут иметь рекомендательный характер, и что дальнейшее ведение случая болезни Потребителя/Пациента будет осуществляться по решению его лечащего врача.*

Акцептом оферты Потребитель соглашается с тем, что он информирован и понял условия, указанные в Уведомлении.

ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Услуга	Медицинская помощь (медицинская консультация, консультация), оказываемая с применением телемедицинских технологий, по вопросам, находящимся в компетенции врача, предоставляемая Медицинской организацией Потребителю/Пациенту с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».
Пациент	Физическое лицо, которому оказываются Услуги в соответствии с Договором.
Потребитель	Лицо, которое заключает настоящий Договор с Медицинской организацией. Пользователь может заключать Договор в отношении себя лично, в этом случае пользователь одновременно является Пациентом, либо в отношении другого лица - Пациента, представителем которого он является.
Медицинская организация	ООО «Клиника Эксперт Юг», зарегистрированное по адресу: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д. 262/122, помещение 1, ИНН 6163227721, КПП 616301001, ОГРН 1226100030848, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61_00349668, выданная Министерством здравоохранения Ростовской области (орган, выдавший лицензию), срок действия лицензии: бессрочно. Информация о лицензии, с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность размещена на сайте www.telemedex.ru .
Медицинское заключение	Документ в электронной форме, составленный Врачом по итогам оказания Услуги, направленный Потребителю посредством Сервиса, либо ссылка на который предоставлена Потребителю в его Личном кабинете, содержащий результаты медицинской консультации без постановки, корректировки диагноза и назначения лечения. При проведении консультаций пациентов и (или) их законных представителей с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного пациенту лечения, в том числе формирование рецепта

	на лекарственный препарат в форме электронного документа, назначение необходимых дополнительных обследований, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).
Врач	Работник Медицинской организации, обладающий высшим медицинским образованием и прошедший аккредитацию специалиста, оказывающий Услуги Пациентам с использованием Сервиса в рамках выполнения свои трудовых обязанностей.
Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» - или Сервис	Программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Медицинской организацией и Пациентами с целью оказания Услуг последним в сети Интернет в режиме реального времени (онлайн), права на который принадлежат и администратором которого является Медицинская организация. Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» позволяет оказывать услуги с использованием Сайта и Мобильного приложения.
Сайт	Совокупность веб-страниц, объединенных под общим доменом www.telemedex.ru .
Мобильное приложение	Программа для ЭВМ, предназначенная для использования на мобильных устройствах.
Личный кабинет	Персональный раздел Потребителя на Сайте или в мобильном приложении, который позволяет ему направлять запрос на оказание медицинских Услуг Пациенту, связываться с Врачом, получать медицинские Услуги и хранить медицинские документы. Доступ к находящимся в личном кабинете медицинским документам имеет только Потребитель.
Бронирование денежных средств	Процедура резервирования денежных средств на банковской карте Потребителя в пользу оплаты Услуги.
Закон	Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
ГК РФ	Гражданский кодекс Российской Федерации (части I, II, III, IV).

В настоящем Договоре могут быть использованы иные термины и определения, толкование которых производится в соответствии с текстом Договора. В случае отсутствия однозначного толкования термина в тексте Договора следует руководствоваться толкованием термина, определенным законодательством Российской Федерации.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Медицинская организация на основании обращения Потребителя обязуется оказать ему либо лицу, представителем которого он является (Пациенту) медицинские консультации или иные услуги (далее - Услуги), за что Потребитель уплачивает вознаграждение в соответствии с условиями настоящего Договора. В случае, если оказание Услуг входит в соответствующую программу добровольного медицинского страхования, застрахованным лицом по которой является Потребитель либо лицо, представителем которого он является (Пациент) или иные договоры, предусматривающие возможность их получения, такие Услуги оплачиваются соответствующей страховой организацией или иной организацией, на основании действующих договоров с Медицинской организацией.

2.2. Медицинская организация оказывает Услуги дистанционно с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».

2.3. Перечень и стоимость предоставляемых Пациентам Услуг указывается на Сайте и в Сервисе.

3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Услуги оказываются Потребителю/Пациенту Врачом, который был выбран Потребителем предварительно либо дежурным врачом, если Врач не был выбран Потребителем или требуется срочная консультация.

3.2. В открытом доступе на Сайте размещается информация о Медицинской организации и Врачах, предоставляющих Услуги (их образовании, квалификации и пр.) и иные необходимые сведения в соответствии с законодательством РФ и обычаями делового оборота.

3.3. Услуга состоит в предоставлении Потребителю/Пациенту устных или письменных консультаций по вопросам, отнесенным к компетенции врача.

Потребителю/Пациенту предоставляются консультации по всем вопросам, за исключением:

1) вопросов, по которым Врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Пациентом дистанционным способом;

2) для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

3.4. Потребитель до оказания Услуги может предоставить Медицинской организации информацию об установленных Пациенту диагнозах, перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает Медицинской организации электронные образы необходимых документов с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».

3.5. При оказании Услуг Медицинская организация предоставляет Потребителю/Пациенту информацию о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

3.6. По итогам оказания Услуги составляется Медицинское заключение.

3.7. Услуги оказываются Медицинской организацией добросовестно, с соблюдением норм действующего законодательства с учетом специфики оказания Услуг дистанционным способом.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. После бронирования денежных средств на банковской карте Потребителя Услуг он вправе с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС» обратиться за оказанием Услуг (далее — «Запрос»). В случае, если Пациент является застрахованным лицом по программе добровольного медицинского страхования, в рамках которой оказываются Услуги, либо лицом, в интересах которого заключен иной договор с Медицинской организацией и оплата предоставляемых Пациенту Услуг производится по такому договору, Потребитель/Пациент вправе с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС» обратиться за оказанием Услуг на условиях, в порядке и в количестве, указанном в соответствующих договорах добровольного медицинского страхования и иных договорах.

4.2. Оказание услуг по записи происходит в следующем порядке:

1) Потребитель при помощи программного обеспечения осуществляет запись на консультацию к определенному Врачу на определенное время,

2) в определенное время происходит соединение Врача с Потребителем/Пациентом и начинается оказание Услуг.

4.3. В случае срочной консультации или консультации с дежурным врачом:

4.3.1. Услуги могут оказываться в режиме работы Медицинской организации при условии наличия Врачей в данный момент в системе (онлайн). Режим работы Медицинской организации указан на Сайте.

4.3.2. Связь Потребителя/Пациента с врачом осуществляется следующим образом:

1) Потребитель/Пациент отправляет Запрос на оказание услуг с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС»,

2) свободный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Потребителем/Пациентом с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС»,

3) осуществляется соединение Врача с Потребителем/Пациентом и начинается оказание Услуг.

4.3.3. В случае, если в момент отправки Запроса ни один из Врачей не находится в системе (онлайн) или все Врачи заняты, то с Потребителем/Пациентом связывается первый Врач, вошедший в систему, или первый освободившийся Врач.

4.4. В случае, если в момент, когда Врач пытается связаться с Потребителем/Пациентом, а Потребителя/Пациента уже нет в системе (онлайн), Врач и Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» пытаются связаться с Потребителем/Пациентом.

В случае, если по прошествии 72 часов с момента записи и блокировки средств Потребитель/Пациент не войдет в Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» (онлайн), Услуга считается не оказанной и договор расторгается по инициативе Потребителя/Пациента.

Забронированные денежные средства в счет оплаты Услуги подлежат возврату на банковскую карту Потребителя/Пациента.

4.5. В случае, если после отправки Запроса Потребитель/Пациент желает отказаться от оказания Услуг, он обязан уведомить об этом Медицинскую организацию по контактными данным, указанным на Сайте, либо через Личный кабинет, до начала оказания срочной консультации и не позднее чем за 24 часа в случае консультации по записи.

4.6. Никакие претензии Потребителя/Пациента относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если он не направит Запрос на оказание Услуг или не будет находиться в системе (онлайн) после направления Запроса.

5. ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ УСЛУГ

5.1. Услуги оказываются Потребителю/Пациенту дистанционным способом в режиме реального времени (онлайн) с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».

5.2. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Потребителя/Пациента: персональный компьютер, мобильный телефон.

5.3. Оборудование Потребителя/Пациента, с помощью которого планируется оказывать Услуги должно соответствовать следующим требованиям:

5.3.1. При использовании Персонального компьютера:

- Подключенная к компьютеру видекамера с разрешением не ниже 1024x720 (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видеосвязи)

- Подключенный к компьютеру микрофон (в случае, если выбран способ оказания услуг с использованием видео- или аудиосвязи)

- Операционная система MS Windows версией не ниже XP или Mac OS X

- Обозреватель Интернет (браузер) Google Chrome (рекомендуемый), Mozilla Firefox или Opera последней версии

- Канал доступа в Интернет не ниже 1 Мбит/сек

5.3.2. При использовании мобильных приложений:

- iOS 8.0 или более поздняя версия

- Android 4.1 или более поздняя версия

В случае если оборудование Потребителя/Пациента не соответствует указанным требованиям, оказание Услуг является невозможным. Особенности оборудования могут устанавливаться в программах добровольного медицинского страхования и иных договорах, в рамках которых оказываются Услуги.

5.4. Потребитель/Пациент самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Медицинская организация не несет ответственности за невозможность получения Пользователем Услуг, возникшую по технической причине.

5.5. Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» перед оказанием Услуг проводит проверку оборудования Потребителя/Пациента на соответствие, такая проверка носит информационный характер и не влечет никаких правовых последствий и обязательств для Медицинской организации.

5.6. В случае оказания услуг с использованием персонального компьютера Потребитель/Пациент получает доступ к Услугам на Сайте, загружать какое-либо программное обеспечение на персональный компьютер не требуется.

В случае оказания услуг с использованием Мобильного телефона Потребителю/Пациенту необходимо установить на телефон специальную программу "TELEMEDEX" (мобильное приложение).

6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

6.1. Стоимость Услуг указывается на Сайте и в Сервисе. В случае, если Пациент является застрахованным лицом по программе добровольного медицинского страхования, в рамках которой оказываются Услуги либо лицом, в интересах которого заключен иной договор с Медицинской организацией, стоимость Услуг оплачивается соответствующей страховой организацией, выдавшей полис или иным лицом, заключившим договор в интересах Пациента в порядке, установленном такими договорами.

6.2. Стоимость услуг включает вознаграждение, расходы и издержки Медицинской организации, связанные с оказанием Услуг.

6.3. Оказание Услуг происходит при условии предварительного бронирования денежных средств на банковской карте Потребителя.

6.4. Оплата услуг осуществляется в безналичном порядке одним из способов, указанных в Сервисе по выбору Потребителя с использованием банковских карт следующих платёжных систем:

- МИР;
- VISA International;
- Mastercard Worldwide;
- JCB.

Для оплаты (ввода реквизитов банковской карты) Потребитель будет перенаправлен на платёжный шлюз ПАО СБЕРБАНК. Соединение с платёжным шлюзом и передача информации осуществляется в защищенном режиме с использованием протокола шифрования SSL. В случае если банк Потребителя поддерживает технологию безопасного проведения интернет-платежей Verified By Visa, MasterCard SecureCode, MIR Accept, J-Secure для проведения платежа также может потребоваться ввод специального пароля.

Сайт поддерживает 256-битное шифрование. Конфиденциальность сообщаемой персональной информации обеспечивается ПАО СБЕРБАНК. Введённая информация не будет предоставлена третьим лицам за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ. Проведение платежей по банковским картам осуществляется в строгом соответствии с требованиями платёжных систем МИР, Visa Int., MasterCard Europe Sprl, JCB.

6.5. Порядок оплаты:

6.5.1 в момент направления Запроса на оказание Услуг денежные средства в размере стоимости выбранной Услуги бронируются на банковской карте Потребителя;

6.5.2 после получения выбранной Потребителем Услуги забронированные денежные средства перечисляются на расчетный счет Медицинской организации.

6.6. В случае поступления жалобы от Потребителя/Пациента относительно качества оказанных Услуг и в иных подобных случаях, денежные средства могут быть по решению Медицинской организации возвращены на банковскую карту Потребителя, с которой производилась оплата стоимости оказанной Услуги.

6.7. Оплата Услуг осуществляется при помощи организаций, оказывающих услуги по приему и перечислению платежей в безналичной форме. Медицинская организация не имеет доступа к платежным реквизитам Потребителей.

7. ИНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Медицинская организация обязуется:

7.1.1. Обеспечить Потребителя/Пациента дополнительной бесплатной, доступной и достоверной информацией по вопросам, связанным с оказанием Услуг и иным вопросам, относящимся к предмету настоящего Договора.

7.1.2. Предоставлять Услуги с соблюдением общепринятых норм медицинской этики и деонтологии.

7.1.3. При наступлении обстоятельств, препятствующих оказанию Услуг, незамедлительно извещать об этом Потребителя/Пациента. В случае согласия Потребителя/Пациента перенести дату оказания соответствующей Услуги, по согласованию с Пациентом оказание Услуги переносится на любое доступное время.

7.1.4. Не предоставлять третьим лицам находящуюся у Медицинской организации информацию и документацию о Потребителе/Пациенте, за исключением случаев, когда указанными лицами дано согласие на передачу такой информации третьим лицам либо такое предоставление необходимо и обязательно в силу закона.

7.1.5. Оказывать Пациенту Услуги в соответствии с нормативными требованиями, применяемыми к оказанию медицинских услуг, с учетом специфики оказания Услуг дистанционным способом.

7.1.6. Составлять необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке при оказании Услуг в рамках настоящего Договора.

7.1.7. Выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Договором.

7.2. Медицинская организация имеет право:

7.2.1. Получать от Потребителя/Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления информации Медицинская организация имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до ее предоставления.

7.2.2. Получать оплату Услуг по настоящему Договору.

7.2.3. Для оказания Услуг Пациенту привлекать третьих лиц, обладающих соответствующими навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности.

7.2.4. Предоставлять сведения о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные в ходе исполнения настоящего Договора, третьим лицам (родственникам, знакомым и т.п.), находящимся с Пациентом непосредственно во время оказания Услуг. Ответственность за передачу указанных сведений данным лицам Медицинская организация не несет.

7.2.5. Предоставить неограниченный доступ к информации, размещение которой является обязательной на Сайте.

7.3. Потребитель/Пациент обязуется:

7.3.1. Выполнять все медицинские рекомендации Врача, в том числе рекомендации о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза и назначения лечения, а также соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента.

7.3.2. Ознакомиться и предоставить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну (далее – Согласия). Согласия предоставляются путем проставления галочки (отметки) напротив настоящей Оферты и(или) формы, размещенной в Сервисе (по форме Приложений №1 и №2 к Договору), а также с использованием электронной подписи.

По требованию Медицинской организации Потребитель/Пациент обязан собственноручно подписать и выслать по почте на адрес, указанный Медицинской организацией, все необходимые документы: Договор, Информированное добровольное согласие (Приложение № 1), Согласие на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну (Приложение № 2) и прочие документы. При подписании вышеуказанных документов, Потребитель/Пациент обязуется указать:

в Договоре:

- сведения о Пациенте: фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) Медицинская организация может направлять ответы на письменные обращения, и телефон; данные документа, удостоверяющего личность.

- сведения о законном представителе Пациента или лице, заключающем Договор от имени Пациента: фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон; данные документа, удостоверяющего личность;

- в Информированном добровольном согласии: ФИО, дату рождения, адрес места регистрации свои и представляемого лица, а также сведения о выбранных Потребителем/Пациентом лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента (указывается ФИО, контактный телефон);

- в Согласии на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну: ФИО, адрес места жительства, данные документа, удостоверяющего личность.

Отправка Потребителем/Пациентом документов производится за свой счет, без отнесения почтовых расходов на Медицинскую организацию, срок отправки документа – не позднее 3-х рабочих дней с момента получения Потребителем/Пациентом соответствующего письменного требования от Медицинской организации.

7.3.3. Оплачивать Услуги в порядке, в сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

7.3.4. В целях установления права на представление интересов несовершеннолетнего, не достигшего возраста 15 лет при оказании медицинской помощи предоставить электронные образы следующих документов:

Для родителей несовершеннолетнего:

- документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего (свидетельство о рождении несовершеннолетнего* или его паспорт (при достижении несовершеннолетним возраста 14 лет),
- документ, удостоверяющий личность родителя.

*Свидетельство о рождении несовершеннолетнего не достигшего возраста 14 лет предоставлять необязательно в случае, если Потребителем предоставлен паспорт родителя со страницей паспорта «Дети», в которую вписан несовершеннолетний Пациент.

Для усыновителей:

- свидетельство об усыновлении ребенка,

- документ, удостоверяющий личность усыновленного (свидетельство о рождении ребенка или паспорт (при достижении несовершеннолетним возраста 14 лет),
 - документ, удостоверяющий личность усыновителя.
- Для опекунов, попечителей:
- документ, подтверждающий опекунство, попечительство,
 - документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего (свидетельство о рождении ребенка или паспорт (при достижении несовершеннолетним возраста 14 лет),
 - документ, удостоверяющий личность опекуна, попечителя.

7.3.5. Соблюдать правила оказания Услуг и правила пользования Сайтом. Обеспечить условия конфиденциальности в момент оказания Услуги, а также при обращении к сведениям, хранящимся в Личном кабинете.

7.3.6. Выполнять иные обязанности в соответствии с настоящим Договором.

7.4. Потребитель/Пациент имеют право:

7.4.1. Получать Услуги в соответствии с настоящим Договором.

7.4.2. При необходимости непосредственно во время получения Услуги находиться с третьими лицами (родственниками, знакомыми и т.п.). В данном случае Медицинская организация за разглашение врачебной тайны указанным лицам ответственности не несет.

7.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении вреда здоровью, а также компенсации морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.4.5. Получать отражающие состояние здоровья медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из них) по письменному запросу, направленному по адресу, указанному на Сайте.

Документ в электронной форме, составленный Врачом по итогам оказания Услуги, направляется Потребителю/Пациенту посредством Сервиса, либо Потребителю/Пациенту предоставляется ссылка в его Личном кабинете для скачивания данного документа.

Предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них осуществляется не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента поступления запроса в Медицинскую организацию.

В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются лицу в суточный срок с момента поступления запроса в Медицинскую организацию.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Медицинская организация обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

8.2. С согласия Пациента или его представителя (Потребителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам.

8.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя (Потребителя) допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.4. Потребитель уведомлен и осознает, что Услуга оказывается по открытым каналам связи.

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

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

9.1. Стороны несут ответственность за нарушение обязательств, принятых по Договору, в соответствии с действующим законодательством РФ и условиями настоящего Договора.

9.2. Медицинская организация и ее работники, оказывающие услуги по настоящему Договору (Врачи), несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту Услуг.

9.3. Медицинская организация не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, а также за нарушение сроков оказания Услуг, если это

явилось следствием действий (бездействий) Потребителя/Пациента, выраженных в том числе в нарушении условий настоящего Договора.

9.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

9.5. Медицинская организация не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья Пациента, которое может возникнуть после оказания медицинской Услуги, но не вследствие ее.

9.6. Потребитель/Пациент несет ответственность за полноту и достоверность сведений, передаваемых в соответствии с условиями настоящего Договора. Медицинская организация не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств вследствие допущенных Потребителем/Пациентом нарушений.

10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

10.1. Настоящий Договор является публичным договором, его форма расположена на Сайте для ознакомления неограниченного круга лиц.

10.2. Настоящий Договор заключен в порядке, описанном в преамбуле оферты о его заключении.

10.3. Настоящий Договор заключается на неопределенный срок. Любая из Сторон вправе отказаться от настоящего Договора, уведомив другую Сторону о расторжении Договора.

10.4. По инициативе Потребителя/Пациента Договор может быть расторгнут в одностороннем внесудебном порядке в любое время, при этом Потребитель обязан оплатить фактически оказанные Медицинской организацией Услуги.

10.5. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

10.6. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

11. АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Эксперт Юг»

Юридический адрес: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,

ул. Красноармейская, д. 262/122, помещение 1

Фактический адрес: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону,

ул. Красноармейская, д. 262/122, помещение 1

ИНН 6163227721, КПП 616301001, ОГРН 1226100030848

телефон +7(863) 309-36-82, адрес электронной почты ostov_admin@mrtexpert.ru

Генеральный Директор УК ООО "МЦ ЭКСПЕРТ" Шерстобоев Владислав

Васильевич

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" ____ г. 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)

"__" ____ г. 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

(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)

(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)

Важно! Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего не достигшего возраста шестнадцати лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

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".

Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Договора в порядке, описанном в преамбуле Оферты, путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте www.telemedex.ru.

**Согласие на обработку персональных данных и передачу информации,
составляющей врачебную тайну**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, выдан: _____
дата выдачи: _____

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (нужное подчеркнуть) _____

*(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения,
реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)*

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку ООО «_____» (далее - Общество), адрес Общества: _____, моих персональных данных (далее – ПД) и персональных данных представляемого мной лица (в случае, если от субъекта персональных данных действует законный представитель), включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, рост, вес, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации/ места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), изображение гражданина, запись его голоса, видеозапись консультации, данные о состоянии здоровья, диагнозах, заболеваниях, сведениях, полученных при медицинском обследовании и лечении, случаях обращения за медицинской помощью, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора на оказание платных медицинских услуг, – в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг (в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования), в научных, учебных целях, в целях получения от организаций, занимающихся клиническими исследованиями, предложений стать участником таких исследований, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в целях сбора и аналитики данных для сегментирования клиентской базы Общества, предоставления персонализированного сервиса, улучшения качества предоставляемого сервиса (обслуживания) и эффективной организации моего, а также представляемого мной лица, взаимодействия с Обществом, а также в иных целях, указанных в настоящем Согласии.

Я предоставляю право осуществлять следующие действия с ПД, совершаемые с использованием средств автоматизации и (или) без использования таких средств, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, уничтожение, аудио-, видеозапись, запись на электронные носители и их хранение, передачу по электронным каналам связи на электронную почту, в медицинские информационные системы медицинских организаций, а также третьим лицам, профессионально занимающимся медицинской и научной деятельностью и обязанных сохранять врачебную тайну (консилиум врачей).

Я предоставляю право Обществу во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными) и персональными данными представляемого мной лица со страховой медицинской организацией.

Я предоставляю право Обществу, в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных в настоящем согласии целей, при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных в настоящем согласии целях, в случае уступки Обществом принадлежащих ему прав и полномочий иному лицу, либо при предоставлении, в том числе, в составе отчетности в надзорные (контролирующие) органы, в необходимом объеме передавать персональные данные третьим лицам и их соисполнителям для реализации соответствующего поручения.

Я предоставляю право Обществу передавать вышеуказанные персональные данные, врачебную тайну врачам медицинских организаций, в которых ранее мне или представляемому мной лицу оказывалась медицинская помощь в целях определения ими необходимости незамедлительного оказания медицинской помощи в связи с угрозой работоспособности, жизни и здоровью.

Я предоставляю право Обществу передавать указанные в настоящем согласии персональные данные в Единую государственную информационную систему здравоохранения (далее - ЕГИСЗ), для размещения медицинской документации и (или) сведений о состоянии моего здоровья, в целях обеспечения моего доступа к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, и взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения.

Я предупрежден(а) о том, что в случае не предоставления мной Обществу персональных данных в объеме необходимом для передачи в ЕГИСЗ (в т.ч. СНИЛС), медицинская документация и (или) сведения о состоянии моего здоровья не будут переданы в ЕГИСЗ.

При создании Обществом личного кабинета пациента на сайте <https://www.telemedex.ru/> с предоставлением мне индивидуального логина для входа в него, я предоставляю право Обществу на передачу в данный сервис и хранение на нем моих персональных данных, персональных данных представляемого мной лица, включая информацию и документацию, составляющую врачебную тайну, с целью повышения удобства хранения и дальнейшего использования мной указанных данных, информации и документации.

В целях оценки полноты и качества оказанной мне или представляемому мной лицу медицинской услуги - МРТ, КТ, даю свое согласие на предоставление Обществом вышеуказанных персональных данных, врачебной тайны, СРО Ассоциация врачей МРТ и КТ-диагностики.

Я выражаю свое согласие на получение от Общества рекламных материалов в целях продвижения товаров и услуг Общества, путем осуществления прямых контактов с использованием всех средств связи, включая, но не ограничиваясь: почтовая рассылка, СМС-рассылка, голосовая рассылка, рассылка электронных писем, рассылка сообщений посредством мессенджеров. Я понимаю, что в любой момент могу отказаться от получения указанных рекламных материалов, предоставив соответствующее заявление в Общество.

Я даю согласие на передачу персональных данных, сведений о факте моего обращения или обращения лица, представителем которого я являюсь, за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья и диагнозе, либо состоянии здоровья и диагнозе представляемого мной лица, иных сведений, полученных в ходе оказания медицинских услуг, третьим лицам (родственникам, знакомым и т.п.), находящимся со мной или представляемым мной лицом, непосредственно во время оказания услуг Обществом.

Я разрешаю направлять медицинские заключения и иную документацию, содержащую персональные данные, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, на мою электронную почту, указанную при регистрации в Сервисе. Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и Обществом не защищена. Я уведомлен и согласен, что за взлом почтового ящика и утечку информации Общество ответственности не несет.

Передача персональных данных третьим лицам в иных целях, не указанных в настоящем согласии, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации и/или документов, содержащих вышеуказанную информацию.

Настоящее согласие может быть отозвано посредством представления соответствующего заявления.

Настоящее согласие дано мной «___» _____ 20 ____ г.

Подпись субъекта персональных данных _____