ДОГОВОР

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Нижний Новгород «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ г.

ООО "Централизованная лаборатория "АВК-Мед" (лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01164-52/00363655 от 23.12.2020 выдана МЗ Нижегородской области, срок действия – бессрочно, ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: https://roszdravnadzor.gov.ru, в лице *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,* действующего(-ей)

*должность и ФИО сотрудника, заключившего договор*

на основании Доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий(ая) (нужное отметить):

 в своих интересах, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель

 в интересах своего несовершеннолетнего ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО своего несовершеннолетнего ребенка или лица, признанного недееспособным*

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Общие положения**

1.1 Для целей заключения настоящего договора используются следующие основные понятия:

- ПОТРЕБИТЕЛЬ – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с договором

- ЗАКАЗЧИК – физическое лицо, в том числе законный представитель Потребителя, заказывающее и (или) приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя

- ИСПОЛНИТЕЛЬ – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором

-ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ – медицинские услуги, предоставляемые на платной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договора

1.2 Данный договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

1.3 Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий данного Договора является осуществление Потребителем/Заказчиком действий по выполнению условий Договора, в частности, заказ и оплата медицинских услуг.

1.4 При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи Исполнителем, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, указанной в преамбуле договора, организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, по сестринскому делу в педиатрии.

**2. Предмет договора**

2.1. Исполнитель обеспечивает Потребителю/Заказчику оказание медицинских услуг. Потребитель/Заказчик, в свою очередь, обеспечивает оплату медицинских услуг Исполнителю.

2.2. Наименование услуг, цена, и сроки ожидания услуг устанавливаются Прейскурантом, являющимся официальным утвержденным документом Исполнителя.

2.3. Плательщиком по настоящему договору является *(заполняется, если оплату производит лицо, не указанное в преамбуле договора):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование юр. лица /ФИО*

2.4. Сроки хранения договора составляют пять лет с момента прекращения действия настоящего договора, указанного в п. 9.2 договора.

**3. Стоимость и порядок оплаты**

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определена согласно утвержденному и действующему на момент оказания услуги прейскуранту Исполнителя.

3.2. Оплата медицинских услуг может осуществляться безналичным путем на счет Исполнителя и наличным путем в кассу Исполнителя в рублях. Оплата медицинских услуг производится в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон.

**4. Права и обязанности сторон**

4.1. Исполнитель обязан:

* оказать Заказчику квалифицированную и качественную медицинскую услугу;
* предоставить Потребителю/Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге
* довести до сведения Потребителя/Заказчика следующую информацию: о перечне платных медицинских услуг, цене, сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг; графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг; перечне категорий Потребителей, имеющих право на получение льгот, а так же перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг; ознакомить с образцами договоров, которые заключаются при обращении Потребителя/Заказчика за платными медицинскими услугами. Указанная информация доводится до сведения Потребителя/Заказчика путем размещения ее на сайте Исполнителя https://gemohelp.ru
* по письменному запросу Потребителя/Заказчика выдать копии (дубликаты) оформленных ранее документов (части документов) в течение 30 дней с момента регистрации запроса.

4.2. Исполнитель имеет право:

* в случае неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором;
* отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем/Заказчиком рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, нарушении режима работы Исполнителя, присутствия Заказчика в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.3. Потребитель/Заказчик обязан:

* самостоятельно на основании действующего прейскуранта определять фактический перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора;
* информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению услуги и другие сведение, необходимые для качественного исполнения услуги;
* точно выполнять рекомендации Исполнителя;
* своевременно оплатить стоимость услуги;
* соблюдать правила поведения в медицинской организации

4.4. Потребитель/Заказчик имеет право:

* на предоставление информации о медицинской услуге;
* знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя;
* отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную ранее сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4.5. В случае оплаты медицинских услуг Плательщиком и при отказе Потребителя/Заказчика от получения медицинских услуг, оплаченную ранее сумму получает Плательщик с учетом возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4.6. Потребитель/Заказчик уведомлен Исполнителем о правилах поведения в медицинской организации.

4.7. В случае отказа Потребителя/Заказчика от получения медицинских услуг, оплаченную ранее сумму получает сторона, производившая оплату, с учетом возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

**5. Информация о предоставляемой медицинской услуге**

5.1. Оказываемая услуга представляет собой взятие биологического материала Потребителя и дальнейшее его лабораторное исследование.

5.2. Потребитель/Заказчик признает, что ознакомлен с правами пациента в соответствии со статьями: 19-22, 13 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»; ему в доступной форме изложено, и он полностью осведомлен о предстоящей медицинской услуге, о возможном профессиональном риске и осложнениях.

Потребитель/Заказчик согласен на получение медицинской услуги и медицинское вмешательство. Согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, Приложением №2 к договору, и заверяется подписью Потребителя/Заказчика. Согласие на медицинское вмешательство оформляется при каждом обращении Потребителя/Заказчика за оказанием медицинских услуг.

5.3. В соответствии со ст.13 ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» информация о факте обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья Потребителя, данные обследования и лечения, являются врачебной тайной и Потребителю/Заказчику известно, что эти данные могут быть раскрыты в пределах, установленных Законодательством.

5.4. Срок ожидания услуги может быть увеличен на неопределенное время, если это обусловлено сомнительным результатом, а также обстоятельствами, не зависящими от воли Исполнителя, например, несоблюдение поставщиками сроков поставки реагентов, ввозимых в РФ, технического сбоя оборудования и пр.

5.5. Исполнитель вправе привлечь третьих лиц к исполнению обязанностей по настоящему договору. При этом ответственность за действия третьих лиц перед Заказчиком несет Исполнитель.

5.6. Исполнитель передает Потребителю/Заказчику результаты исследований в письменном виде в медицинских отделениях Исполнителя. По договоренности результаты исследований могут доводиться до Заказчика: по телефону (при наличии кодового слова), через личный кабинет на сайте https://gemohelp.ru с помощью логина и пароля, полученного в процедурном кабинете Исполнителя.

**6. Обработка персональной информации**

6.1. Заключая настоящий договор, в соответствие со ст.9 ФЗ №152-ФЗ от 27.07.06г «О персональных данных» Потребитель/Заказчик подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, уничтожение. Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные, а также в случае утраты необходимости достижения заявленной цели обработки. Согласие может быть отозвано Потребителем/Заказчиком в любое время на основании заявления.

6.2. Срок хранения персональных данных, содержащихся в документах, на бумажных носителях и в информационной системе, составляет пять лет, начиная с января года, следующего за годом прекращения настоящего договора.

6.3. В процессе оказания Исполнителем услуг, Потребитель/Заказчик в интересах обследования предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать данные Потребителя, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя.

6.4 В процессе оказания Исполнителем услуг, Потребитель/Заказчик подтверждает свое согласие на передачу тех персональных данных третьим лицам, которые необходимы для достижения цели обследования.

Обработка переданных персональных данных будет прекращена по достижении заявленных целей обработки персональных данных, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Потребитель/Заказчик вправе отозвать переданные персональные данные посредством составления соответствующего письменного запроса, который должен быть направлен в адрес Исполнителя, либо вручен лично уполномоченному представителю Исполнителя.

В случае поступления Исполнителю запроса об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления, указанной в заявлении. После окончания срока действия Договора, в том числе при его расторжении, Исполнитель обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные в срок, не превышающий пяти лет с даты окончания срока действия Договора.

Действие настоящего согласия прекращается досрочно в случае принятия оператором решения о прекращении обработки персональных данных и/или уничтожения документов, содержащих персональные данные, а также в случае утраты необходимости достижения заявленной цели обработки. Согласие может быть отозвано Заказчиком в любое время на основании заявления.

**7. Ответственность сторон**

7.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Потребитель/Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

* безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
* соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.

7.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем/Заказчиком своих обязанностей, невыполнения назначений врача или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7.3. Потребитель/Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или вынужден прекратить ее оказание по вине Заказчика.

**8. Порядок расторжения договора**

8.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

8.2. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

**9. Прочие условия**

9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.2. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до конца текущего года.

9.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров. Претензионные требования по поводу качества оказанных услуг обязательно предъявляются в письменной форме не позднее 10-ти дней после оказания услуги. Срок рассмотрения претензии составляет 10 дней с момента ее предъявления.

9.4. При невозможности урегулировать в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

9.5. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

9.6. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензии в письменной форме.

9.7. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средствами механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.

9.8. В соответствие с частью 2 п.1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Заказчик имеет право на получение налогового вычета из НДФЛ в размере суммы, уплаченной за оказанные медицинские услуги. Справку для получения налоговой компенсации можно оформить с помощью сотрудников Исполнителя.

**Я даю свое согласие Ѵ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Я не даю свое согласие Ѵ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на получение рекламных и информационных рассылок, а также проведение опросов, посредством электронной почты, смс-сообщений, телефонной коммуникации, рассылок по мессенджерам (Viber/WhatsApp)

Адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ООО "Централизованная лаборатория "АВК-Мед",  ИНН 5260156369, КПП 526001001,  ОГРН 1055238125690,  Св - во о гос. регистрации юр. лица серия 52 № 002113492 от 12.09.2005 г. выдано ИФНС России по  Нижегородскому р-ну г. Н. Новгорода  Юр адрес: 603006, г. Н. Новгород, ул. Белинского,  д.110, пом. П3  Факт. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. 8-800-100-08-05, (831) 267-01-01,  e-mail: [info@gemohelp.ru](mailto:info@gemohelp.ru)  Адрес интернет сайта: <https://gemohelp.ru> | **Потребитель:**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Подпись **Ѵ**  **Заказчик**  ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Подпись **Ѵ**  Адрес места жительства  Телефон    Подпись **V** ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| По доверенности .  Должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  М.П. | **Плательщик:**  Наименование юр. лица /ФИО    Подпись |