

## ОФЕРТА

### О заключении договора на оказание платных медицинских услуг

#### ПРЕАМБУЛА

##### Порядок заключения Договора, стороны Договора

В соответствии со ст. 435, п. 2 ст. 437 ГК РФ данный документ является публичной офертой, Общество 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 директора ООО «УК ЦЕНТР Эксперт» Шерстобоева Владислава Васильевича, действующего на основании Договора № 61 от 18.11.2022 о передаче полномочий единоличного исполнительного органа общества с ограниченной ответственностью «КЛИНИКА ЭКСПЕРТ ЮГ» управляющей организации ООО «УК ЦЕНТР Эксперт», в адрес неограниченного круга лиц, о намерении заключить Договор оказания платных медицинских услуг на условиях, описанных далее (далее «Договор»).

Сторонами Договора являются Медицинская организация и физическое лицо, обратившееся за заключением Договора (далее «Пользователь») 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](http://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.

*Полным и безоговорочным принятием (Акцептом) условий настоящей Оферты считается осуществление Пользователем конклюдентных действий: регистрации, проставления отметок (галочек) о согласии с условиями настоящей оферты, внесения предоплаты за Услуги (в случае, если Пользователь / Пациент 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 Пользователем/ Пациентом согласия на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну, а также информированного добровольного согласия 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, а также то, что Пользователь/ Пациент ознакомлен и согласен с Условиями и порядком оказания услуг, с Пользовательским соглашением, с Политикой в отношении обработки персональных данных ООО «Клиника Эксперт Юг», размещенных по ссылке [www.telemedex.ru](http://www.telemedex.ru).*

В случае если Услуги оказываются безвозмездно (Пользователю и(или) Пациенту 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 (письменная форма договора считается соблюденной, если письменное

предложение заключить договор принято путем акцепта, совершенного конклюдентными действиями).

Договор заключается в каждом случае обращения Пользователя 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 Пользователя:

- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья 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 Пациента будет осуществляться по решению его лечащего врача.

Акцептом оферты Пользователь/ Пациент 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 Пациенту с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».
Пациент	Физическое лицо, которому оказываются Услуги в соответствии с Договором.
Пользователь	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: адрес: 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. Информация о лицензии, с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность размещена на сайте <a href="http://www.telemedex.ru">www.telemedex.ru</a> .
Медицинское заключение	Документ в электронном виде, составленный Врачом по итогам оказания Услуги, направленный Пользователю (Пациенту) посредством Сервиса, либо ссылка на который предоставлена Пользователю (Пациенту) 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, при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения по данному обращению на очном приеме (осмотре, консультации).
Врач	Лицо, являющееся работником Медицинской организации, обладающее высшим профессиональным медицинским образованием, и оказывающее Услуги Пациентам с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС» в рамках выполнения свои трудовых обязанностей.
Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» - или Сервис	Программно-аппаратный комплекс по предоставлению канала связи между Пациентами и Медицинской организацией с целью оказания Услуги Пациентам 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	Сайт в сети Интернет: <a href="http://www.telemedex.ru">www.telemedex.ru</a> адрес сайта, права на которые принадлежат Медицинской организации.
Мобильное приложение	Программа для ЭВМ, предназначенная для использования на мобильных устройствах.
Личный кабинет	Персональный раздел Пациента на Сайте или в мобильном приложении, который позволяет ему и (или) его законному представителю направлять запрос на оказание медицинских Услуги, связываться с Врачом, получать медицинские Услуги и хранить медицинские документы. Доступ к находящимся в личном кабинете медицинским документам имеет только Пациент и (или) его законный представитель.
Бронирование денежных средств	Процедура резервирования денежных средств на банковской карте Пользователя 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).

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Медицинская организация на основании обращения Пользователя обязуется оказать ему либо лицу, представителем которого он является (Пациенту), медицинские консультации или иные услуги (далее «Услуги»), за что Пользователь 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 Пользователь 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 [www.telemedex.ru](http://www.telemedex.ru) и в Сервисе.

### 3. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

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

3.2. В открытом доступе на сайте [www.telemedex.ru](http://www.telemedex.ru) размещается информация о Медицинской организации и Врачах, предоставляющих Услуги (их профессиональном образовании, квалификации и пр.) и другие необходимые сведения в соответствии с законодательством и обычаями делового оборота.

3.3. Услуга состоит в предоставлении Пациенту (Пользователю) устных или письменных консультаций по вопросам, отнесенным к компетенции врача.

Пациенту (Пользователю) 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. Пользователь 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 информирует Пациента (Пользователя) 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 Пользователя Услуг он вправе с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС» обратиться за оказанием Услуг (далее — «Запрос»). В случае, если Пользователь / 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, Пользователь 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) Пользователь при помощи программного обеспечения осуществляет запись на консультацию к определенному Врачу на определенное время. 2) В определенное время происходит соединение Врача с Пользователем 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).

4.3.2. Связь Пользователя с врачом осуществляется следующим образом: 1) Пользователь отправляет Запрос на оказание услуг с использованием «ТЕЛЕМЕДЕКС», 2) свободный Врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Пользователем с использованием «ТЕЛЕМЕДЕКС», 3) происходит соединение Врача с Пользователем 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 Пользователем связывается первый Врач, вошедший в систему, или первый освободившийся Врач.

4.4. В случае, если в момент, когда Врач пытается связаться с Пользователем, Пользователя уже нет в системе (онлайн), Врач и Сервис «ТЕЛЕМЕДЕКС» пытаются связаться с Пользователем.

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

Забронированные денежные средства в счет оплаты Услуги подлежат возврату на банковскую карту Пользователя.

4.5. В случае, если после отправки Запроса Пользователь захочет 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 Пользователя относительно сроков оказания Услуг не принимаются, если Пользователь 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 Пациенту дистанционным способом в режиме реального времени (онлайн) с использованием Сервиса «ТЕЛЕМЕДЕКС».

5.2. Оказание Услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Пользователя (Пациента): персональный компьютер, мобильный телефон.

5.3. Оборудование Пользователя (Пациента), с помощью которого планируется оказывать Услуги должно соответствовать следующим требованиям:

5.3.1. При использовании Персонального компьютера:

- Подключенная к компьютеру видеокамера 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 Пользователя (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. Пользователь 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 Пользователя (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 Пользователь (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 Пользователю необходимо установить на телефон специальную программу "TELEMEDEX" (мобильное приложение).

## 6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

6.1. Стоимость Услуг указывается на [www.teledex.ru](http://www.teledex.ru) и в Сервисе. В случае, если Пользователь (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 Пользователя (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 Пользователя.

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

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

Для оплаты (ввода реквизитов карты Пользователя) Пользователь будет перенаправлен на платёжный шлюз ООО НКО «ЮМАНИ». Соединение с платёжным шлюзом и передача информации осуществляется в защищённом режиме с использованием протокола шифрования SSL. В случае если банк Пользователя 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 ООО НКО «ЮМАНИ». 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 Пользователя;

6.5.2 после получения выбранной Пользователем Услуги забронированные денежные средства перечисляются с банковской карты Пользователя на расчётный счёт Медицинской организации.

6.6. В случае поступления жалобы от Пользователя относительно качества оказанных Услуг и в иных подобных случаях, денежные средства могут быть по решению Медицинской организации возвращены на банковскую карту Пользователя, 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 платёжным реквизитам Пользователей.

## 7. ИНЫЕ ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Медицинская организация обязуется:

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

7.1.2. Информировать Пользователя и иного представителя Пациента о выявленном состоянии здоровья Пациента.

7.1.3. Уважительно и гуманно относиться к Пациенту.

7.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Медицинской организации информацию и документацию о Пациенте и Пользователе, за исключением случаев, когда Пациентом либо Пользователем дано согласие на передачу такой информации третьим лицам.

7.1.5. Оказывать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в соответствии с положениями об организации и порядках оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, сложившейся клинической практики, с учетом специфики оказания Услуг дистанционным способом.

7.1.6. Составить всю 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 Пациента и Пользователя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Медицинская организация имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

7.2.2. Получать оплату за оказание 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. Передавать сведения о факте обращения Пользователя (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 Пользователем (Пациентом) непосредственно во время оказания услуг. Ответственность за передачу указанных сведений данным лицам Медицинская организация не несет.

7.3. Пользователь (Пациент) обязуется:

7.3.1. Выполнять все медицинские рекомендации Врача либо обеспечивать их выполнение Пациентом, в том числе рекомендации о специалистах, к которым следует обратиться для постановки/подтверждения/уточнения диагноза и назначения лечения.

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 Пользователь (Пациент) обязан собственноручно подписать и выслать по почте на адрес: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.Красноармейская,д.262/122,помещение 1 (для ООО «Клиника Эксперт ЮГ»), 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, Пользователь (Пациент) обязуется указать:

в Договоре – ФИО, адрес места жительства, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, телефон;

в Информированном добровольном согласии – ФИО, дату рождения, адрес места регистрации свои и представляемого лица, а также сведения о выбранных Пользователем (Пациентом) лицах, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья или состоянии Пациента, законным представителем которого является Пользователь (указывается ФИО, контактный телефон);

в Согласии на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну – ФИО, адрес места жительства, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

Отправка Пользователем (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 Пользователем (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:

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

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

Для усыновителей:

- свидетельство об усыновлении ребенка,
- свидетельство о рождении ребенка или паспорт (после 14 лет),
- паспорт усыновителя.

Для опекунов, попечителей:

- документ, подтверждающий опекуновство, попечительство,
- свидетельство о рождении ребенка или паспорт (при достижении несовершеннолетним возраста 14 лет),
- паспорт 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. Пользователь (Пациент) имеет право:

7.4.1. Получать от Исполнителя 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.).

7.4.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 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 (Пользователя) 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 (Пользователя) 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. Пользователь уведомлен и осознает, что Услуга оказывается по открытым каналам связи.

8.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, 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) Пользователя (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. Пользователь (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 Пользователем (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 Пользователя (Пациента) Договор может быть расторгнут в одностороннем внесудебном порядке в любое время, при этом Пользователь (Пациент) обязан оплатить фактически оказанные Медицинской организацией услуги.

10.5. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

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

10.7. 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,

ИНН 6163227721, КПП 616301001, ОГРН 1226100030848,

телефон +7(863) 309-36-82, e-mail: rostov\_admin@mrtexpert.ru,

Директор Шерстобоев Владислав Васильевич.

**Информированное добровольное согласие  
на виды медицинских вмешательств**

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](http://www.telemedex.ru).

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

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

<p>Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних или недееспособных граждан:</p> <p>являюсь законным представителем (<i>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</i>) ребенка или лица, признанного недееспособным (<i>нужное подчеркнуть</i>) _____.</p> <p>(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)</p>
---

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку ООО «Клиника Эксперт Юг» (далее – Медицинская организация), адрес: 344022, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, д.262/122, помещение 1, моих персональных данных (далее – ПД) и персональных данных представляемого лица (*в случае, если от субъекта персональных данных действует законный представитель*), включающих: фамилия, имя, отчество, день, месяц, год и место рождения, гражданство, адрес места жительства, биометрические и паспортные данные, семейное положение, состав семьи, социальное положение, образование, профессия, место работы, адрес электронной почты, номер телефона, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), изображение гражданина, запись его голоса, видеозапись консультации, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора на оказание платных медицинских услуг, - в целях оказания медицинских услуг, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в иных целях, указанных в настоящем Согласии.

Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

В целях улучшения качества обслуживания и проведения маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах Медицинской организации путем осуществления прямых контактов с использованием всех средств связи, включая, но не ограничиваясь: sms-сообщения, push-сообщения, голосовые сообщения, сообщения, направляемые по электронной почте (e-mail), а также посредством мессенджеров на указанный мною номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты.

Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты – зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, совершаемые с использованием средств автоматизации и (или) без использования таких средств, включая: все действия с персональными данными необходимые для выполнения

условий Договора на оказание платных медицинских услуг, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (распространение) персональных данных, в том числе передачу персональных данных Пользователя в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети Медицинской организации, а также по защищенным каналам связи (на машинных носителях) в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Медицинской организации, если обработка будет поручена такому лицу, а также третьим лицам, профессионально занимающимся медицинской и научной деятельностью и обязанных сохранять врачебную тайну (консилиум врачей).

Медицинская организация также вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я предоставляю право Медицинской организации, в целях оценки полноты и качества оказанной мне или представляемому мной лицу медицинской услуги – описание и интерпретация магнитно-резонансных томограмм, разглашать вышеуказанные персональные данные, врачебную тайну, СРО «Ассоциация врачей МРТ-диагностики».

Для целей исполнения Договора на оказание платных медицинских услуг я даю согласие на передачу Медицинской организацией Врачу, оказывающему Услуги по настоящему Договору, информации обо мне и Пациенте, представителем которого я являюсь и в интересах которого заключается настоящий Договор, составляющей врачебную тайну (информация о факте обращения Пациента или Пользователя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

Я даю согласие на передачу сведений о факте моего обращения или обращения Пациента, 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 с со мной или Пациентом, представителем которого я являюсь, непосредственно во время оказания услуг.

Я разрешаю высылать медицинские заключения и иную документацию, содержащую персональные данные, в том числе сведения, составляющие врачебную тайну, на мою электронную почту, указанную при регистрации в Сервисе (в виде сканированного изображения соответствующего бланка), а также в адрес Медицинской организации для оказания медицинских услуг. Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и не защищается Медицинской организацией. Я уведомлен и согласен, что за взлом почтового ящика и утечку информации Медицинская организация ответственности не несет.

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 Медицинской организации.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_.