



Данные о Лицензии

ООО «КЛИНИКА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ» ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№

« » 202 г

ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии», в лице генерального директора Резиды Маратовны Галимовой, действующей на основании Устава, юридический адрес организации: 450059, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Рихарда Зорге, д. 17/4, офис 13, лист записи Единого государственного реестра юридического лица 1190280006883, документ выдан: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, дата выдачи документа: 31 января 2019г., дата государственной регистрации: 31 января 2019г., форма № Р50007, Лицензия на право осуществления медицинской деятельности ЛО-02-01-008001 от 05 ноября 2020г., выданная Министерством Здравоохранения Республики Башкортостан, 450002 по адресу Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. 218-00-81, именуемое в дальнейшем «Клиника» с одной стороны, и нижеподписавшийся, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

- 1.1. Клиника предоставляет Пациенту Услугу медицинского онлайн-консультирования, а Пациент оплачивает ее в соответствии с п. 4 настоящего Договора.
 - 1.1.2. В Услугу медицинского онлайн-консультирования входит:
 - 1.2.1. Выбор врача, который будет проводить непосредственное медицинское онлайн-консультирование Пациента.
 - 1.1.3. Проведение медицинской онлайн-консультации в назначенное время, с использованием программ (необходимо согласовать до начала Консультации).
 - 1.1.4. Предоставление Пациенту по электронной почте Заключения от врача с рекомендациями в письменном виде.
- 1.2. Медицинское онлайн-консультирование может быть осуществлено в следующих вариантах:
 - 1.3.1. Повторная консультация у врача Клиники на основании полученных результатов обследований.
 - 1.3.2. Консультация «Второе мнение» на основании полученного от Пациента анамнеза, истории болезни и результатов обследований, выполненных в других клиниках.
 - 1.3.3. Коррекция ранее назначенного лечения, при наличии диагноза и лечения, которое было назначено на очном приеме.
 - 1.3.4. Консультация «Медицинское ориентирование» с направлением на необходимую диагностику и консультации профильных специалистов на основании полученного анамнеза.
 - 1.3.5. Расшифровка полученных результатов анализов, других видов диагностики, назначений в других ЛПУ.
 - 1.3.6. Онлайн-сопровождение врачом в течение 28 дней (дистанционное сопровождение Пациента доктором-куратором через мессенджеры, посредством голосовых или текстовых сообщений по программе коррекции).
 - 1.3.7. Онлайн-сопровождение врачом в течение 1 года (дистанционное сопровождение Пациента доктором-куратором через мессенджеры, посредством голосовых или текстовых сообщений по программе коррекции).
 - 1.3.8. Онлайн-сопровождение тремя врачами в течение 1 года (дистанционное сопровождение Пациента докторами-кураторами через мессенджеры, посредством голосовых или текстовых сообщений по программе коррекции).
- 1.3. Пациент поручает Клинике, а Клиника обязуется провести медицинское онлайн-консультирование в соответствии с п.п. 1.2.-1.3. настоящего Договора.
- 1.4. Клиника подтверждает, что квалификация и компетенция врачей, проводящих онлайн консультирование, соответствуют требованиям Государственных стандартов, а области медицинского консультирования являются разрешенными действующей на момент оказания услуг Лицензией Клиники.
- 1.5. Полный объем и условия предоставления указанных в п.1.1.-1.4 настоящего Договора медицинских услуг, а также порядок расчетов определяется настоящим Договором.

2. Срок действия Договора

- 2.1. Датой начала действия Договора является дата подписания настоящего Договора Сторонами.
- 2.2. Настоящий Договор расторгается автоматически по факту выполнения двухсторонних обязательств Пациентом и Клиникой.
- 2.3. По инициативе Пациента настоящий Договор может быть расторгнут до начала онлайн консультирования. Пациент должен сообщить Клинике о решении отказаться от медицинского онлайн консультирования за 12 часов до назначенного времени консультации, прислав уведомление о решении по электронной почте info@imcb.ru, с обязательным указанием ФИО. В случае, когда письменное уведомление направлено за 12 часов до начала онлайн-консультирования, Клиника производит полный возврат оплаты за услугу по настоящему договору в 3-х дневный

срок, в размере, определенном п. 4.1, в остальных случаях досрочного расторжения договора по инициативе Пациента и возврат предоплаты Клиникой не производится.

2.4. Клиника имеет право в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора.

3. Права и обязательства Сторон

3.1. Обязательства Клиники

3.1.1. Провести медицинскую онлайн-консультацию.

3.1.2. При проведении консультирования рекомендовать методы диагностики, лечения и профилактики, разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

3.1.3. Предоставить Заключение врача, в форме рекомендаций Пациенту, по необходимости диагностических исследований, лечению и профилактике, в том числе в форме электронных документов.

3.1.4. Клиника обязуется предпринимать общепринятые технические и организационные меры для обеспечения конфиденциальности информации, получаемой или отправляемой Пациентом.

3.1.5. Доступ третьих лиц к содержанию беседы и переписки Пациента и Клиники обеспечивается исключительно в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3.2. Права Клиники

3.2.1. Получить необходимую для внесения в анкету достоверную информацию от Пациента, а также медицинские и иные документы, необходимые для проведения медицинского онлайн-консультирования, в том числе, при необходимости, данные Истории болезни Пациента и результаты анализов, в виде текста или графического изображения, высылаемые в адрес Клиники.

3.2.2. Определять и рекомендовать Пациенту необходимые виды, объемы и сроки консультаций, диагностических исследований, прием лекарственных препаратов и лечебных процедур, выполнение лечебных, профилактических и иных мероприятий.

3.2.3. Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае нарушения Пациентом условий настоящего Договора.

3.2.4. Отказать клиенту в онлайн-консультировании, если в момент консультации выяснится, что ситуация не подлежит онлайн-консультированию, с последующим возвратом денежных средств.

3.2.5. С письменного согласия Пациента, либо в обезличенной форме, использовать полученные в результате анкетирования, диагностики, обследования, лечения и последующего наблюдения Пациента информацию и статистические данные в научно-исследовательской работе, диссертационных материалах, научных публикациях, для контроля качества медицинской помощи и т.п. с учетом сохранения врачебной тайны.

3.3. Обязательства Пациента

3.3.1. Пациент подтверждает, что на момент заключения Договора он является совершеннолетним, дееспособным гражданином, обладающим всеми правами для заключения и выполнения обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Пациент обязуется прислать запрос Клинике, с использованием формы Заявки-анкеты.

3.3.3. Пациент обязуется указывать свои ФИО и в дальнейшем имя и должность врача при переписке с Клиникой.

3.3.4. Предоставлять Клинике достоверные сведения о состоянии своего здоровья на русском языке в виде документов, компьютерных файлов и устно.

3.3.5. Согласовывать с Клиникой способ, дату и время проведения медицинской онлайн-консультации.

3.3.6. Информировать врача устно, а так-же путем заполнения Заявки-анкеты, о перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и хирургических вмешательствах, известных ему аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях к медицинским вмешательствам, а так же о прохождении в текущий момент любых курсов лечения, как связанных с жалобами, так и не связанных.

3.3.7. Перед выполнением рекомендаций врача Клиники, в рамках исполнения настоящего Договора, Пациент соглашается с Информированным добровольным согласием на проведение медицинской онлайн-консультации в соответствии с п.6 настоящего договора.

3.3.8. В случае появления нежелательных реакций в процессе диагностики и лечения немедленно связаться с лечащим врачом Клиники для получения рекомендаций и согласования дальнейших действий.

3.4. Права Пациента

3.4.1. На получение бесплатной, доступной достоверной информации о вариантах проведения медицинской онлайн-консультации.

3.4.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификатов.

3.4.3. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

4. Стоимость Услуги и порядок расчетов

4.1. Оплата Услуги производится Пациентом на расчетный счет Клиники в виде предоплаты в размере 100% стоимости Услуги, в соответствии с действующим прайс-листом Клиники, согласованным Сторонами в Приложении к настоящему Договору. Доступ к Услуге предоставляется Пациенту только после поступления денежных средств на расчетный счет Клиники.

4.2. В случае досрочного окончания медицинского онлайн-консультирования по инициативе Пациента оплата возврату не подлежит.

5. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров

- 5.1. За неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий Договора обязательно предъявление претензии, которая рассматривается другой Стороной в течение 10 календарных дней.
- 5.3. Все споры, возникающие по настоящему Договору и из него вытекающие, Стороны будут разрешать путем переговоров, с обязательным привлечением услуг независимой экспертизы. Если Стороны не достигнут соглашения в ходе переговоров, то спор подлежит рассмотрению судом в соответствии с определенной действующим законодательством подсудностью.
- 5.4. В случае ненадлежащего оказания услуг Пациент вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги, либо соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.
- 5.5. Пациент вправе предъявлять требования о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.6. Клиника полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение медицинских услуг, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимых обстоятельств, если рекомендованное врачом Клиники лечение адекватно, при нарушении Пациентом любого из подпунктов п.3.3. настоящего Договора, или по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
- 5.7. Клиника полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение медицинских услуг, если хотя бы одна из рекомендаций Клиники, выданных Пациенту в соответствии с п.3.2.2. настоящего Договора, не выполнена, неправильно и (или) несвоевременно выполнена Пациентом, а также когда оказание медицинских услуг Пациенту было прекращено на основании п.3.2.3. настоящего Договора.
- 5.8. Клиника не несет ответственности за ухудшение самочувствия Пациента вследствие естественного течения заболевания и (или) изменений здоровья, связанных с его возрастом или генетическими особенностями.
- 5.9. Клиника полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение, или иное, не указанное в Договоре, исполнение Услуг, в случае предоставления Клинике ненадлежащего качества и/или достоверности данных о состоянии здоровья и течении заболевания Пациента.
- 5.10. Стороны не несут ответственности за неисполнение и (или) ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, произошедшее по причине принятия актов и осуществления действий государственными органами, прямо препятствующих, запрещающих или ограничивающих исполнение обязанностей Сторон по настоящему Договору.

6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

- 6.1. В соответствии с требованиями ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2012, ФЗ от 29 июля 2017 г. № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» и Постановления Правительства № 1006 от 04.10.2012, Пациент, обладая полной информацией о целях, рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах, возможности и условиях оказания медицинской помощи и медицинских услуг, дает свое согласие на их оказание персоналом Клиники.
- 6.2. Пациент понимает, что может отказаться от любого медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, сообщив об этом в письменной форме.
- 6.3. Пациент подтверждает, что согласен с тем, что онлайн-консультация не заменяет очной консультации, и он (представляемое им лицо) могут (может) получить очную консультацию при непосредственном обращении в ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии» или другое медицинское учреждение.
- 6.4. Пациент уведомлен и согласен с тем, что получая услугу по медицинскому онлайн-консультированию врачами ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии» в дальнейшем ему (представляемому им лицу) рекомендовано получить очную консультацию врача той же специальности, с целью подтверждения или корректировки поставленного диагноза и назначений.
- 6.5. Пациент согласен с тем, что использованная технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.
- 6.6. Пациент подтверждает, что ознакомлен с действующем Прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Ограничение ответственности

- 7.1. В случае возникновения сомнений в получении (отправлении) сообщений по электронной почте, доказательством будет являться информация, содержащаяся у Клиники и хранящаяся в ее архиве и/или в медицинской информационной системе ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии».
- 7.2. Пациент полностью ответственен за достоверность предоставленной им информации и за работу технических и программных средств, используемых во время консультации.
- 7.3. По всем остальным вопросам, не предусмотренным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8. Форс-мажорные обстоятельства

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажорных обстоятельств).

8.2. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся: землетрясение, наводнение, пожар, эпидемия, любое другое стихийное бедствие, акты и иные действия государственных органов, война и военные действия, несанкционированный взлом электронной информации и программного обеспечения, а также сбой в работе или полный выход из строя технического оборудования не по вине Пациента либо Клиники, а также иные события, классифицируемые как обстоятельства непреодолимой силы государственными актами.

8.3. В случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы срок исполнения Сторонами своих обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действуют такие обстоятельства и их последствия.

9. Конфиденциальность

9.1. Информация, в том числе персональные данные, полученная Клиникой от Пациента, в процессе исполнения обязательств по настоящему Договору является конфиденциальной и разглашению не подлежит. Указанная информация используется исключительно для исполнения обязательств по настоящему Договору.

9.2. Настоящий Договор регулируется действующим законодательством Российской Федерации.

10. Заключительные положения

10.1 Пациент уведомлен, что имеет право получать медицинскую помощь в других медицинских организациях, в том числе в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и подтверждает свое согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии».

10.2 Настоящий Договор представляет собой полное юридическое соглашение между Пациентом и Клиникой и регулирует предоставление услуг по Договору.

10.3 Настоящий Договор составляет и выражает все договорные условия и понимание между участвующими Сторонами в отношении всех упомянутых здесь вопросов и положений.

10.4 Настоящий Договор регулируется действующим законодательством РФ.

11. Реквизиты Сторон

Клиника

ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии»

Юридический адрес:

450059, г. Уфа, ул. Р. Зорге, д. 17/4, этаж 2

ОГРН 1190280006883

ИНН 0276939084 КПП 027601001

Р/счет 40702810003000109781

ПРИВОЛЖСКИЙ Ф-Л ПАО "ПРОМСВЯЗЬБАНК" г.

Нижний Новгород

БИК 042202803

К/счет 30101810700000000803

Генеральный директор _____ Р.М. Галимова

Пациент

Дата рождения _____

Ф.И.О. _____

Паспорт серии _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

Зарегистрирован(а) по адресу:

Тел. _____

_____ / _____

(подпись/расшифровка)

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся,

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии» (далее — Оператор)

1. моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ДМС (ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС),
2. данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет, пять лет – для поликлиники.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия я ознакомлен(а) с Положением о защите персональных данных Пациентов и работников ООО «Клиника Интеллектуальной Нейрохирургии».

Настоящее согласие дано мной « [REDACTED] » [REDACTED] 20 [REDACTED] г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по плате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему непосредственному представителю.

ФИО [REDACTED]

Подпись субъекта персональных данных [REDACTED]