Приложение № 2 к «ОФЕРТЕ» на предоставление медицинских услуг (двухстороннее «СОГЛАШЕНИЕ»)

*Редакция от 21.03.2025*

СОГЛАШЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ОФЕРТЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью "Медико-стоматологическая клиника «Шифа», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице Генерального директора Мудугова Самира Саид-Магомедовича, действующего на основании устава (адрес юридического лица в пределах его места нахождения: 119192, г. Москва, ул. Ломоносовский пр-кт, д. 25, корп. 1, пом. 13; ОГРН 1127746050134; ИНН 7729701656; лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00334518 от 17.09.2019 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия - бессрочно; перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, по адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности в соответствии с перечнем предоставляемых работ (услуг):

* 119192, г. Москва, ул. Ломоносовский пр-кт, д. 25, корп. 1, пом. 13: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии ортопедической; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; ортодонтии; психотерапии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской хирургии; детской эндокринологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; ультразвуковой диагностике; урологии; хирургии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации).

с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящее Соглашение о присоединении к оферте на предоставление медицинских услуг (далее по тексту – «СОГЛАШЕНИЕ») о нижеследующем.

1. «СТОРОНЫ» настоящим «СОГЛАШЕНИЕМ» подтверждают ознакомление «ПАЦИЕНТА» с условиями «ОФЕРТЫ», размещенной на интернет-сайте «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по адресуhttps://shifa-msk.ru/и по адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Порядок присоединения (акцепта) определен в «ОФЕРТЕ».
2. «ПАЦИЕНТ» выражает своё согласие с изложенными в «ОФЕРТЕ» условиями, обязательствами, правами «СТОРОН» и его приложениями в полном объёме и без исключений.
3. «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что ему полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия.
4. «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи мной медицинского учреждения и врача.
5. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» в письменной форме уведомил «ПАЦИЕНТА» о том, что несоблюдение всех назначений, предписаний, указаний и рекомендаций «ИСПОЛНИТЕЛЯ» и специалистов, предоставляющих медицинские услуги, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение назначенного режима лечения; соблюдение дат и времени визитов/приёмов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приёма лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление «ПАЦИЕНТОМ» «ИСПОЛНИТЕЛЯ» об имеющихся у него заболеваний и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «ПАЦИЕНТА».
6. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», «ПАЦИЕНТ» даёт согласие на обработку своих персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЮ» в порядке, указанном в разделе 9 «ОФЕРТЫ».
7. **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**
   1. В соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «ПАЦИЕНТ» даёт 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. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи у «ИСПОЛНИТЕЛЯ».
   2. Медицинским работником, должность и Ф.И.О. которого указаны ниже, в доступной для «ПАЦИЕНТА» форме 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.
   3. «ПАЦИЕНТУ» разъяснено, что он имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
   4. Сведения о выбранном (выбранных) «ПАЦИЕНТОМ» лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |
| --- | --- |
| Должность и Ф.И.О. медицинского работника:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись медицинского работника:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**
   1. «ПАЦИЕНТ» в соответствии с ч. 4 и ч. 5 ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ осознанно **запрещает** «ИСПОЛНИТЕЛЮ» разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, включая непосредственное ознакомление с его медицинской документацией, а также получение медицинских документов (их копий) и выписок из них, в том числе после его смерти, супругу (супруге), близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), либо иным лицам за исключением:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица)

9. «СТОРОНЫ» признают, чтоинформированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (текст которого размещён в разделе 7 Договора и разделе 8 «СОГЛАШЕНИЯ»), согласие на обработку персональных данных (текст которого размещён в разделе 9 Договора), согласие на обработку персональных данных, разрешённых для распространения (текст которого размещён в разделе 10 Договора), согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (текст которого размещён в разделе 11 Договора и разделе 9 «СОГЛАШЕНИЯ»), Согласие на отправку сообщений (текст которого размещён в п**.** 12.5 Договора)являются аналогами документов на отдельных бланках.

* 1. В случае несогласия с текстом разделов Договора, указанных в п. 9 «СОГЛАШЕНИЯ», а значит и неподписания соответствующих документов на отдельных бланках, «ПАЦИЕНТ» указывает «НЕ СОГЛАСЕН» напротив каждого пункта ниже:

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на обработку персональных данных, разрешённых для распространения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на отправку сообщений \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что настоящее «СОГЛАШЕНИЕ» им прочитано. «ПАЦИЕНТУ» понятно содержание и назначение данного документа. «ПАЦИЕНТ» выражает согласие со всеми пунктами «СОГЛАШЕНИЯ» и «ОФЕРТЫ».
  2. «СТОРОНЫ» пришли к соглашению о допустимости использования в «СОГЛАШЕНИИ» и в других документах, связанных с взаимоотношениями «СТОРОН», факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, согласно п. 2 ст. 160 ГК РФ.
  3. После подписания «СОГЛАШЕНИЯ» (акцепт условий «ОФЕРТЫ»), Договору на предоставление медицинских услуг присваивается следующий номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .
  4. «СОГЛАШЕНИЕ» составлено в 2 (двух) одинаковых экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из «СТОРОН».

15. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ»:**

**ООО «МСК «Шифа»**

Юридический адрес: 119192, Россия, г. Москва, Ломоносовский пр-кт, д. 25, корп. 1, Пом13;

Фактический адрес: 119192, Россия, г. Москва, Ломоносовский пр-кт, д. 25, корп. 1, Пом13;

ИНН 7729701656, КПП 772901001, ОГРН 1127746050134,

Р/с 40702810263390000020вБанк РФ АО «Россельхозбанк-«ЦРМБ», г. Москва.

Кор/сч. 30101810045250000430, БИК 044525430,

Телефон: +7 (495) 172-47-18

От имени Исполнителя:

Генеральный директор Мудугов С.С-М.

Подпись

**«ПАЦИЕНТ»:**

Ф.И.О. (полностью): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Свидетельство о рождении:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Адрес регистрации/места жительства: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Телефон для связи: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись Пациента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(Подпись) (Фамилия, инициалы)