# Публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

Настоящий публичный Договор-оферта на оказание платных медицинских услуг Общество с ограниченной ответственностью «КосмоКосмос» (далее: «Договор-оферта», «Договор» и/или «Оферта») в порядке ст.ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, которые принимают настоящую Оферту в отношении оказания медицинской помощи или оказании разовой медицинской услуги и выражают намерение заключить Договор-оферту на услуги Исполнителя по нижеследующим условиям. Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную оферту, обязуются подписать Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг Обществом с ограниченной ответственностью «КосмоКосмос».

Срок действия настоящей оферты устанавливается с 09.06.2025 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (оферты) в новой редакции.

Статья 440 ГК РФ гласит, что договор считается заключенным, если акцепт получен лицом, направившим оферту, в пределах указанного в ней срока.

При трактовке настоящего Договора-оферты применяется следующая терминология:

1. Исполнитель (Клиника) – ООО «КосмоКосмос» под наименованием Donni Clinic.
2. Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором-офертой.
3. Медицинские услуги - услуги по доврачебной, врачебной амбулаторной помощи, специализированной медицинской помощи, оказываемые Обществом с ограниченной ответственностью «КосмоКосмос», ИНН 9724138391, ОГРН 1237700473878, находящееся по адресу: 115201, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Москворечье-Сабурово, пер. 1-й Котляковский, д. 2А, к. 3, помещ. 2Н, в рамках видов медицинской деятельности, указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/01050033 от 08.02.2024 г. Срок действия лицензии – бессрочно.
4. Правила оказания услуг – утвержденные приказами генерального директора локальные документы, регламентирующие правила и условия оказания Медицинских услуг пациентам Клиники. Правила оказания услуг доступны для ознакомления на стойке регистратуры, а также на сайте http://donniclinic.ru/ К ним относятся: Правила внутреннего распорядка для пациентов, Регламент и порядок предоставления медицинских услуг, Правила предоставления платных медицинских услуг и др., утвержденные приказами генерального директора.
5. Прейскурант платных медицинских услуг или Прейскурант – утвержденный генеральным директором перечень оказываемых Медицинских услуг и цен на них, действующий на момент осуществления оплаты. Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах. Стоимость конкретных процедур и манипуляций также может быть уточнена в регистратуре и/или по контактному телефону + 7 (995) 786-05-55.
6. Медицинская карта – Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 25/у). Составленная по утвержденной приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации форме, содержащая сведения о пациенте, объеме оказываемых ему в рамках приема услуг, ФИО врача, дате оказания услуг. Является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению, хранится в регистратуре (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н).
7. Согласие на оказание дополнительных медицинских услуг – отметка в листе записи приема с подписью пациента. Используется (применяется) при инвазивных вмешательствах, при отсутствии возможности предварительной оплаты пациентом оказываемых дополнительных услуг.
8. Акцепт - Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг Исполнителем. Акцепт осуществляется после ознакомления с настоящим Договором-офертой, Правилами оказания услуг, прейскурантом и режимом работы.

## 1. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ.

1.1. Клиника оказывает Пациенту в рамках настоящего Договора-Оферты по его заказу медицинские услуги: доврачебную помощь, амбулаторно помощь, специализированную

медицинскую помощь, прочие услуги (далее – Медицинские услуги), в соответствии с п. 1.3. настоящего Договора-оферты и Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Медицинские Услуги оказываются в соответствии с Правилами оказания услуг (далее - Правила), утвержденными приказами генерального директора в установленном порядке и размещенными на сайте https://donniclinic.ru/.

Подписывая настоящий Договор-оферту, Пациент подтверждает, что он ознакомился с указанными локальными актами, и обязуется их соблюдать. Изменения в указанные Правила размещаются на сайте Клиники и информационных стендах. Пациент, подписав Акцепт, обязуется знакомиться с изменениями к ним, а также с изменениями в Прейскуранте платных медицинских услуг, настоящим Договором-офертой.

1.3. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон настоящего Договора - оферты.

Платные Медицинские Услуги оказываются по заказу Пациента в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи), либо с согласия (волеизъявления) Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Пациент подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Волеизъявление (согласие) Пациента отражается в дополнительном соглашении, содержащем конкретный перечень заказанных Пациентом Медицинских услуг, их стоимость согласно Прейскуранту, скидку (при наличии).

1.4. Пациент обязан собственноручно подписать в регистратуре Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг Клиника (далее - «Акцепт»), а также дополнительное соглашение к Договору –оферте (п. 1.3 настоящего Договора). Оказание Медицинских услуг сопровождается оформлением медицинской карты при первичном обращении Пациента и ее последующим ведением при дальнейшем наблюдении. На приеме врача Пациент подписывает анкету здоровья, информированное добровольное согласие на проведение манипуляций и вмешательств. Отказ Пациента от подписания листа информированного добровольного согласия означает расторжение настоящего Договора Пациентом в одностороннем порядке.

## 2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА-ОФЕРТЫ

2.1. Исполнитель обеспечивает Пациента в установленном порядке путем размещения на информационных стендах (стойках) и в сети «Интернет» информацией, предусмотренной п.п. 12-13, 15-16 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, в частности, ведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведения о медицинских работниках (уровне их профессионального образования и квалификации), графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.2. Исполнитель в рамках настоящего Договора-оферты намеревается оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с его заказом (п. 1.3 настоящего Договора-оферты). Клиника обязуется оказывать Медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения в соответствии с настоящим Договором-офертой после оплаты услуг.

2.3. В случае если при предоставлении Медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) заказчика. Стороны оформляют дополнительное соглашение с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости (если иное не предусмотрено Договором-оферты и соглашениями к нему).

2.4. В рамках исполнения настоящего Договора-оферты при наступлении соответствующих обстоятельств Исполнитель обязуется немедленно известить Пациента о невозможности оказания ему Медицинских услуг либо сокращении объема оказываемых Медицинских услуг. Такими

обстоятельствами могут быть: медицинские противопоказания; заболевание, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях; если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента; отсутствие у Исполнителя необходимых специалистов, оборудования, инструментария, непереносимость лекарственных средств; неподготовленность Пациента к проведению процедуры и т.д. В случае невозможности оказания услуги Исполнитель организует возврат ему оплаченной стоимости неоказанных Медицинских услуг.

2.5. Все Медицинские услуги оказываются с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты Исполнитель привлекает только специалистов с действующим сертификатом/аккредитацией, дающими право на оказание определенного вида Медицинских услуг.

2.6. Оказание Медицинских услуг в рамках настоящего Договора-оферты сопровождается составлением всей необходимой медицинской документации, в т.ч. получением от Пациента информированного добровольного согласия в установленных действующим законодательством случаях и порядке. Клиника ведет учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту Медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента. После оказания платных медицинских услуг Исполнитель бесплатно выдает Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписку из медицинских документов), отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Порядок и условия выдачи указанных документов устанавливается в локальном нормативном акте Исполнителя в соответствии с действующим законодательством.

2.7. Пациент, заказав и оплатив оказание ему услуг по диагностике, тем самым согласует право Клиники на привлечение третьих лиц, обладающих навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима полной конфиденциальности при передаче привлеченным Клиникой третьим лицам биологического материала Пациента, результатов исследования, а также персональных данных Пациента, обеспечивающим невозможность идентификации третьими лицами частично или полностью персональных данных Пациента, биологического материала, поставленных диагнозов и сопоставления их с конкретным физическим лицом (путем маркировки проб и данных уникальными идентификаторами, данными о соответствии которых физическим лицам располагает только Клиника).

2.8. Пациент соглашается с тем, что при осмотре и лечении может возникнуть необходимость в проведении дополнительных методов обследования и лечения. Все дополнительные услуги оформляются новым договором или дополнительным соглашением к действующему договору. Исполнитель имеет право до оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных Медицинских услуг оказывать дополнительные Медицинские услуги Пациенту, при даче устного согласия Пациентом после получения соответствующей информации от лечащего врача в случае, если неоказание таких услуг сопряжено с дополнительным инвазивным вмешательством в дальнейшем, или требуется их непосредственное выполнение в процессе начатого лечения и однозначно определить данную потребность до начала лечения в силу специфики медицинской услуги определить невозможно, а также если неоказание таких услуг может составлять угрозу жизни и здоровью Пациента или необходимость их оказания вызвана жизненными показаниями Пациента. Стоимость данных Медицинских услуг оплачивается Пациентом после оказания услуг на основании действующего Прейскуранта.

2.9. Врач-специалист Клиники, принимающий участие в оказании Медицинских услуг, вправе для уточнения диагноза и выбора оптимального лечения направить Пациента к другому специалисту. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Клиники он имеет право направить Пациента в другие специализированные медицинские учреждения. Ответственность за выполнение или невыполнение этих рекомендаций врача несет Пациент. В случае если Пациент отказывается посетить других специалистов (выполнить дополнительные для постановки диагноза диагностические процедуры), лечащий врач вправе отказаться лечить Пациента, поскольку не имеет полной и достоверной информации для принятия решения о диагнозе и выборе плана лечения. При этом Пациент обязан письменно зафиксировать свой отказ.

2.9. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Пациент подтверждает, что до заключения договора уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

2.10. Пациент соглашается с тем, что проводимое лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

2.11. Пациент имеет право в любой момент в письменной форме отказаться от Медицинских услуг/медицинского вмешательства, при этом оплатив Исполнителю фактически оказанные Пациенту Медицинские услуги, а при отказе от оказания услуг - фактически понесенные в этой связи расходы. Отказ Пациента от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его законным представителем, а также лечащим (дежурным) врачом. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач.

2.12. Пациент обязуется выполнять Правила внутреннего распорядка для пациентов, график посещений специалистов, режим Клиники, требования и предписания медицинского персонала Клиники как необходимые условия предоставления ему качественных и своевременных медицинских услуг, а в случае невозможности планового посещения лечащего врача – извещать не позднее, чем за один рабочий день до даты приема по тел. + 7 (995) 786-05-55.

2.13. Пациент и (или) Заказчик (Плательщик) подтверждают, что информированы в доступной форме о возможности получения Пациентом соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в других лечебных учреждениях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

## 3. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Стоимость платных Медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором-офертой, определяется согласно заказу Пациента (п. 1.3 настоящего Договора-оферты) в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг. Перечень оказываемых услуг и их стоимость указываются в Дополнительном соглашении к Договору-оферте.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассы Клиники наличными деньгами либо в безналичном порядке, в т.ч. с использованием пластиковых карт банковских организаций (при наличии технической возможности). Исполнитель представляет Пациенту документ (контрольно-кассовый чек), подтверждающий прием наличных денежных средств.

3.3. Оплата Медицинских услуг осуществляется Пациентом в следующие сроки:

3.3.1. Пациент оплачивает Услугу до её оказания в полном объёме при обращении в кассу Клиники. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию Медицинских услуг в случае отсутствия платежа со стороны Пациента.

3.3.2. В случае если необходимость оказания Медицинских услуг возникла на приеме (в процессе обследования; выявления факторов, требующих дополнительного лечебно-диагностического обследования ввиду малой предсказуемости определения всего объёма услуг (работ)) и Пациент выразил свое согласие на оказание ему дополнительных Медицинских услуг (п.п. 7 раздела «Терминология», 2.3, 2.8 настоящего Договора-оферты) - оплата производится в кассе Клиники непосредственно после оказания соответствующих Медицинских услуг, т.е. в день их оказания.

3.3.3. Пациент, ранее оплативший стоимость Медицинской услуги, обязан обратиться за ее получением не позднее 14 календарных дней с момента оплаты, а при необходимости предварительной записи – записаться на прием к специалистам для получения заказанной платной

Медицинской услуги в указанный срок. В противном случае Исполнитель не несет ответственность за нарушение сроков ожидания и оказания медицинской услуги.

## 4. ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕТЕНЗИОННЫЙ ПОРЯДОК

4.1. В случае, если Медицинская услуга не была оказана по вине одной из Сторон, либо не зависящим от Сторон причинам, Пациенту предлагается на выбор:

4.1.1. Согласовать с сотрудниками Клиники и перенести дату оказания данной услуги на другое время, если невозможность оказания услуги вызвана временными причинами (поломка оборудования, неправильная подготовка пациента к процедуре, опоздание на прием и т.п.).

4.1.2. Написать заявление на возврат денежных средств за оплаченную, но не оказанную услугу. Возврат осуществляется в наличной форме либо на банковскую карту, в зависимости от того, каким способом была произведена оплата услуги. При возврате денежных средств Исполнитель имеет право удержать сумму фактических затрат, связанных с исполнением обязательств по договору, затрат по подготовке к исполнению услуги (закупленные специально для исполнения услуги лекарственные средства, расходные материалы). Вышеуказанные лекарственные средства и/или расходные материалы после их оплаты (удержания их стоимости из возвращаемой Пациенту суммы) по желанию Пациента могут быть переданы ему (при возможности, если это не противоречит действующему законодательству, в т.ч. санитарным правилам и нормам). Возврат денежных средств в соответствии с настоящим пунктом производится в течение 10 (Десяти) банковских дней с даты передачи сотрудникам Клиники соответствующего заявления на возврат денежных средств.

4.2. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору-оферте споры путем переговоров сторон. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора-оферты разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. В случае возникновения конфликтной ситуации Пациент имеет право обратиться:

- лично к генеральному директору Аветисян Д.Г., при отсутствии – оставить номер телефона для связи:
- письменно, к генеральному директору врачу по адресу: 115201, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Москворечье-Сабурово, пер. 1-й Котляковский, д. 2А, к. 3, помещ. 2Н; либо направить обращение на адрес электронной почты: doc.donara@gmail.com
- письменно, оставив запись в «Книге отзывов и предложений».

4.4. В письменной претензии Пациент обязуется указать свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ (уведомление о переадресации обращения), изложить суть предложения, заявления или жалобы, поставить личную подпись и дату. В случае необходимости, в подтверждение своих доводов Пациент прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

Претензия должна быть передана Пациентом ответственному сотруднику (администратору регистратуры, должностным лицам Клиники, указанным в п. 4.3 настоящего раздела), с приложением документа, удостоверяющего факт оплаты.

При предъявлении Пациентом и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Иные обращения должны быть рассмотрены Исполнителем в течение 30 дней со дня их регистрации, после чего на следующий рабочий день оригинал ответа отправляется по адресу регистрации Пациента, указанному в Заявлении, заказным письмом с уведомлением, либо на иной адрес, на который (при их указании в договоре) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения Пациента.

4.5. Соблюдение претензионного порядка при рассмотрении споров обязательно. Все претензии Пациента, выраженные в обход установленного в данном разделе порядка, рассмотрению не подлежат.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение/ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору-оферте, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору-оферте, если оно явилось

следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора-оферты, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора и принятых на себя обязательств; добровольного информированного отказа Пациента от лечения/проведения диагностики; непредставление Пациентом полной и достоверной информации о состоянии здоровья, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью, о чем Пациент в устной форме информируется специалистом, оказывающим медицинские услуги, до момента ее оказания. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Клиника не несет ответственность за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи, медицинский персонал устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

5.5. В случае причинения ущерба имуществу Клиники Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

5.6. Исполнитель несет ответственность за качество выполняемого лечебно-диагностического процесса.

## 6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора-оферты.

6.2. С письменного согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем. В отсутствие в амбулаторной карте информации о доверенном лице (законном представителе) Клиника предоставляет сведения, составляющие охраняемую законом тайну, только в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.3. Пациент, в случае его согласия на передачу информации об обращении за медицинской помощью и состоянии здоровья третьим лицам, обязан заполнить и подписать доверенность, бланк которой можно получить в регистратуре, с указанием доверенного лица (законного представителя), которому могут предоставляться такие сведения, либо предоставить в Клинику соответствующие документы.

6.4. Подписывая Акцепт (п. 9 раздела «Терминология, используемая в Договоре-оферте») в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Пациент дает свое согласие на обработку его персональных данных сотрудниками Клиника(далее: «Оператор»), в медико-профилактических целях, в целях организации и оказания медицинских услуг, создания условий для их получения и осуществления контроля над объёмом и качеством оказываемых услуг, в целях обеспечения прав и интересов пациентов.

6.5. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, контактные телефоны (домашний, мобильный и др.), место жительства (сведения о регистрации), место работы, должность, адрес электронной почты, изображение гражданина, обработка видеоизображения с гражданином и другие персональные данные и сведения, полученные Клиника при предоставлении медицинских услуг, непосредственно связанные с оказанием медицинских услуг (включая состояние здоровья, физиологические особенности человека; поставленные диагнозы, факты обращения за получением медицинских услуг, сведения об организациях, оказывающих Медицинские услуги, результатах обращения за медицинской помощью в медицинские организации, привычки и увлечения, в т.ч. вредные (алкоголь, наркотики и др.), семейное положение, наличие детей, родственные связи).

6.6. В Клиника ведется запись телефонных разговоров, в помещениях осуществляется видеонаблюдение с использованием камер открытого видеонаблюдения, фиксирующих звук. Подписывая Акцепт Пациент дает согласие на обработку таких персональных данных (изображения, голоса).

6.7. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых Пациент дает свое согласие: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в т.ч. распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

6.8. Исполнитель вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: автоматизированную обработку персональных данных и обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

6.9. В случае если Оператор поручит обработку персональных данных третьему лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью.

6.10. Согласие действует в течение срока хранения амбулаторной карты и может быть отозвано Пациентом путем направления в адрес Клиники письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Клиники в любой момент после окончания оказания услуг.

6.11. Пациент предоставляет Исполнителю право на использование его персональных данных для информирования его с помощью средств связи (в т.ч. Интернета и sms-рассылок) о работе медицинского персонала Клиники, режиме работы, новых услугах, их стоимости, об изменениях порядка представления медицинских услуг, напоминания о записи на прием к врачу/ исследование, иных, вытекающих из деятельности Клиники целей и задач, в соответствии с настоящим разделом.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437, пунктом 3 статьи 438 Гражданского Кодекса Российской Федерации акцепт Оферты равносилен заключению Договора на оказание услуг на условиях, изложенных в Оферте; физическое лицо становится Пациентом, а Клиника и Пациент совместно — «Сторонами» Договора. Подписание физическим лицом Акцепта свидетельствует о выборе Пациентом медицинского учреждения и врача, согласии Пациента с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений. Акцепт равносилен заключению договора на оказание платных медицинских услуг.

7.2. Настоящий Договор может быть прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору-оферте, а также в случаях, предусмотренных настоящим Договором и действующим законодательством. Настоящий Договор может быть также расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.3. Пациент имеет право, письменно уведомив Исполнителя, расторгнуть в одностороннем порядке Договор в любое время, оплатив по Прейскуранту стоимость оказанных услуг (фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору). При расторжении Договора по инициативе Пациента до оказания ему Услуг возврат денежных средств за оплаченные, но не полученные по желанию Пациента Услуги, осуществляется согласно п. 4.1.2 настоящего Договора-Оферты.

7.4. Заявление о присоединении к Договору-оферте составляется в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика/ Пациента.

В случае если сторонами Договора-оферты являются Пациент и Исполнитель - Заявление о присоединении к Договору-оферте составляется в 2 экземплярах и подписывается Пациентом.

## 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

| **Исполнитель:** | **Пациент (Заказчик):** |
|---|---|
| ООО «КОСМОКОСМОС»<br>Юридический адрес: 115201, город Москва, 1-Й Котляковский пер, д. 2а к. 3, помещ. 2н | _____ |

| | |
|---|---|
| ИНН 9724138391<br>ОГРН 1237700473878<br><br>Р/с 40702810938000138656<br>ПАО Сбербанк<br>К/с 30101810400000000225<br>БИК 044525225<br><br>Генеральный директор<br>_____ /Д.Г.Аветисян/ | Паспорт серии _____№_____выдан<br>_____<br>_____код подразделения_____<br><br>Проживающий по адресу:_____<br>_____<br>_____<br>Тел:_____<br>Почта:_____<br><br>_____ /_____/ |

Приложения:
Приложение № 1 – Форма заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (для Пациента)
Приложение № 2 – информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности

Приложение №1 к Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг

# Заявление о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «КосмоКосмос» №___

г. Москва «__»_____202_г.

Я, _____, паспорт _____ выдан _____ от _____ г., зарегистрированный(-ая)/проживающий(-ая) по адресу: _____года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», заявляю, что ознакомился(-лась) с условиями Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «КосмоКосмос» (далее - «Клиника») и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, обязательствами и правами Сторон. Обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «КосмоКосмос». Перечень оказываемых медицинских услуг определяются соглашением сторон, их количество и стоимость указываются в соответствующем Маршрутном листе, выписанном сотрудниками Поликлиники на основании моего заказа, и фиксируются в Дополнительном соглашении при оплате Пациентом заказанных услуг. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «КосмоКосмос» регулируются действующим законодательством РФ. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, 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, выбор мной медицинского учреждения и врача, согласие с настоящим Договором-офертой и его приложениями в полном объеме и без исключений.

Настоящим заявлением я, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку моих персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «КосмоКосмос» в порядке, указанном в Разделе 6 Договора-оферты на оказание медицинских услуг ООО «КосмоКосмос».

Настоящим заявлением я даю свое информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг в ООО «КосмоКосмос», в т.ч. видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23.04. 2012 г. № 390н.

Я осведомлен о том, что при выявлении у меня какого-либо заболевания и/или моего непосредственного желания получить ту или иную медицинскую услугу ООО «КосмоКосмос», лечащий врач, составив план моего обследования и лечения, обязан меня проинформировать обо всех особенностях тех или иных медицинских процедур.

Я понимаю, что при проведении диагностических и лечебных процедур (манипуляций) возможно возникновение различных неблагоприятных последствий, возможны факты непреднамеренного причинения вреда моему здоровью.

Я осведомлен, что предложенная врачом тактика лечения может предполагать использование лекарственных препаратов.

Мне понятно, что лечащий врач может изменить медикаментозную терапию в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов и/или изменения состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применения альтернативных лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я понимаю, что составленный лечащим врачом план лечения, может динамически изменяться в зависимости от жизненных показаний, результатов исследований пациента. В целях обеспечения непрерывности моего лечения, я уполномочиваю лечащего врача и даю согласие на выполнение всех необходимых медицинских процедур или дополнительных вмешательств, которые могут потребоваться для моего выздоровления и/или выполнения Поликлиникой своих обязательств в

рамках Договора-оферты, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я проинформирован(а) о возможности отказа от обследования/лечения/госпитализации и обязуюсь подтверждать отказ своей подписью в медицинской документации. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на проведение мне обследования/лечения, которое я планирую получить в ООО «КосмоКосмос».

Я извещен(а) о том, что медицинский работник не несет ответственности за причинение вреда моему здоровью в результате нарушения мною правил поведения пациента, техники безопасности, требований медицинского работника при проведении медицинской процедуры (манипуляции), несоблюдении назначений/рекомендаций врача, лечебно-охранительного режима, гигиены, непредставления мною полной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Я осведомлен(а), что при проведении лечебных и диагностических процедур(манипуляций), лечащим врачом мне будет предоставлена информация об альтернативных методах обследования и лечения, а также об их ориентировочной стоимости.

Я обязуюсь:

Неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, назначения/рекомендации врача, правила поведения пациента в медицинском учреждении. При невозможности явиться на прием к врачу, заранее уведомлять об этом регистратуру (контактный центр) по телефону +7 995 786-05-55 или лечащего врача. В целях назначения объективного лечения и получения лучших результатов поставить врача (врачей) в известность об имевшихся ранее проблемах со здоровьем, травмах, оперативных вмешательствах и фактах переливания крови, перенесенных ранее и известных мне заболеваниях (в т.ч. гепатиты, СПИД/ВИЧ, сифилис, другие венерические заболевания, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, туберкулёз и т.д.), не скрывать и представить лечащему врачу (врачам) достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, иных реакциях организма, принимаемых лекарственных препаратах, биологически активных добавках и иных средствах, способных влиять на результаты диагностики и лечения пациента, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, образе жизни, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций, иных факторах и обстоятельствах, имеющих значение для объективной диагностики, адекватного и эффективного лечения. Я, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязан(а) проходить медицинские осмотры, а при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

Я осведомлен(а) о том, что мне необходимо регулярно и добросовестно принимать назначенные врачом препараты, получать другие назначенные мне методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств (напр., витаминные комплексы, БАДы, гомеопатические и проч. препараты, в т.ч. для лечения «простуды», гриппа, головной боли и др.).

Я осведомлен(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, отказ от госпитализации, назначений/рекомендаций медицинских работников учреждения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Выражаю свое согласие на весь период обслуживания в учреждении на проведение необходимых и назначенных врачом лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций в соответствии с планом моего лечения согласно моим заказам.

Я подтверждаю, что настоящий Акцепт мной прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа и я выражаю согласие со всеми его пунктами и Договором-оферты.

Я своей подписью удостоверяю, что текст Договора-оферты мною прочитан, я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка учреждения, необходимой и исчерпывающей информацией о видах и стоимости оказываемых Поликлиникой медицинских услуг в соответствии с имеющейся лицензией, иной достоверной информацией, обеспечивающей возможность их правильного выбора. Я обязуюсь оплатить оказываемые Исполнителем Медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены Договором-офертой.

**РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

| **Исполнитель:** | **Пациент (Заказчик):** |
|---|---|
| ООО «КОСМОКОСМОС»<br>Юридический адрес: 115201, город Москва, 1-Й Котляковский пер, д. 2а к. 3, помещ. 2н<br>ИНН 9724138391<br>ОГРН 1237700473878<br><br>Р/с 40702810938000138656<br>ПАО Сбербанк<br>К/с 30101810400000000225<br>БИК 044525225<br><br>Генеральный директор<br>_____ /Д.Г.Аветисян/ | _____<br><br>Паспорт серии _____№_____выдан _____<br>_____код подразделения_____<br><br>Проживающий по адресу:_____<br>_____<br>_____<br>Тел:_____<br>Почта:_____<br><br>_____ /_____/ |

Приложение № 2
к Публичному договору- оферте
на оказание платных медицинских услуг

Информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности
Лицензия размещена на сайте www.donniclinic.ru

1. Статус лицензии: действует;
2. Регистрационный номер лицензии: Л041-01137-77/01050033;
3. Дата предоставления лицензии: 08.02.2024;
4. Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения города Москвы;
5. Полное и (в случае, если имеется) сокращённое наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица: Полное наименование – Общество с ограниченной ответственностью "КосмоКосмос"; Сокращённое наименование – ООО "КосмоКосмос"; ОПФ – Общество с ограниченной ответственностью; Адрес места нахождения – 115201, Россия, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Москворечье-Сабурово, пер. 1-й Котляковский, д. 2А, к. 3, помещ. 2Н; ОГРН – 1237700473878;
6. Идентификационный номер налогоплательщика: 9724138391; 7. Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
8. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: 115201, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Москворечье-Сабурово, пер. 1-й Котляковский, д. 2А, к. 3, помещ. 2Н выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; косметологии; ультразвуковой диагностике; урологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.
9. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 166-Л от 08.02.2024.
10. Иные установленные нормативными правовыми актами Российской Федерации сведения: приказ/решение (выдача лицензии) № 166-Л от 08.02.2024. Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения/