

ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Редакция от «01» сентября 2026 года

(Документ подготовлен в соответствии с требованиями Гражданского кодекса РФ, Закона РФ «О защите прав потребителей», Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 (с учетом изменений, действующих до 31.08.2026) и Постановления Правительства РФ от 30 мая 2026 года № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», подлежащих применению с 01.09.2026)

Раздел 1. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Исполнитель — Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № Л041-01162-50/00351825 от 09.07.2020.

Оферта — настоящий документ, содержащий все существенные условия договора, опубликованный на официальном сайте Исполнителя (www.medmente.ru) и на информационных стендах по адресам оказания услуг.

Акцепт оферты — полное и безоговорочное принятие условий Оферты, осуществляемое Потребителем в порядке, предусмотренном Разделом 3 Оферты. Акцепт состоит из двух этапов: предварительного (Заявка-бронирование) и окончательного (Акт оказанных услуг).

Договор — договор возмездного оказания платных медицинских услуг, заключенный между Исполнителем и Потребителем в порядке, установленном

Офертой, включающий саму Оферту, Заявку-бронирование и Акт оказанных услуг.

Потребитель (Заказчик, Пациент) — физическое лицо (гражданин), имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично. В случаях, когда медицинские услуги оказываются несовершеннолетнему лицу (в возрасте до 15 лет, а при оказании наркологической помощи — до 16 лет) или недееспособному лицу, Потребителем является его **Законный представитель** (родитель, усыновитель, опекун, попечитель), действующий от имени и в интересах такого лица.

Заявка-бронирование (предварительный акцепт) — письменный документ (в том числе в электронной форме), подписываемый Потребителем **до начала медицинского осмотра**, которым Потребитель:

- подтверждает акцепт настоящей Оферты;
- фиксирует запись на прием (дата, время, специалист);
- выбирает форму оплаты (предоплата или постоплата);
- дает согласие на обработку персональных данных.

Заявка-бронирование **не содержит окончательного перечня медицинских услуг**, который формируется врачом в процессе осмотра. Заявка-бронирование является неотъемлемой частью Договора.

Акт оказанных услуг (окончательный акцепт) — письменный документ (в том числе в электронной форме), подписываемый Потребителем **после определения врачом точного перечня оказанных услуг**, содержащий:

- окончательный перечень медицинских услуг с указанием их стоимости;
- итоговую сумму к оплате (либо сумму доплаты, либо сумму возврата при излишней предоплате);
- подтверждение Потребителя о том, что услуги оказаны надлежащего качества и претензий не имеется.

Акт оказанных услуг является неотъемлемой частью Договора и завершает процесс заключения договора в части согласования существенных условий (предмета и окончательной цены).

Прейскурант — действующий на момент акцепта перечень медицинских услуг с указанием цен, утвержденный Исполнителем, публикуемый на официальном сайте (www.medmente.ru) и на информационных стендах.

Твердая смета — документ, составляемый Исполнителем по требованию Потребителя при длительном или комплексном лечении (особенно при стационарной помощи), фиксирующий полный перечень услуг и их стоимость. Смета не подлежит увеличению, за исключением случаев, когда возникла необходимость в оказании дополнительных услуг по независящим от Исполнителя причинам, с письменного согласия Потребителя (ст. 33 Закона № 2300-1).

Существенные условия договора — в соответствии со ст. 432 ГК РФ и п. 17 Правил предоставления платных медицинских услуг: предмет (конкретная медицинская услуга или план лечения), цена (твердая цена или смета), сроки оказания. Стороны согласовали, что окончательное согласование предмета и цены осуществляется в Акте оказанных услуг.

Раздел 2. ПРЕДМЕТ ОФЕРТЫ. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящий документ является **публичной офертой** (ст. 435, 437 ГК РФ), обращенной к неопределенному кругу лиц — физическим лицам (Потребителям/Заказчикам), и содержит предложение Исполнителя заключить договор возмездного оказания платных медицинских услуг на изложенных ниже условиях.

2.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в следующих формах:

- **Амбулаторная помощь** (включая помощь на дому);
- **Дневной стационар**;

- **Стационарная помощь** (круглосуточный стационар).

Конкретная форма оказания помощи фиксируется в Заявке-бронировании.

2.3. Взаимоотношения Сторон регулируются:

- Гражданским кодексом РФ;
- Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Правилами предоставления платных медицинских услуг (Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 — в части, не противоречащей законодательству, с учетом требований к стандартам, смете и уведомлению о последствиях, предусмотренных проектом новых Правил, вступающих в силу с 01.09.2026);
- Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

2.4. Потребитель подтверждает, что до акцепта Оферты он был ознакомлен и согласен с:

- условиями настоящей Оферты;
- Прейскурантом Исполнителя;
- Правилами внутреннего распорядка для пациентов;
- возможностью получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий и территориальной программы ОМС.

2.5. Исполнитель приступает к оказанию платных медицинских услуг **после подписания Потребителем (или его Законным представителем) Заявки-бронирования**. Форма оплаты (предоплата или постоплата) выбирается Потребителем в Заявке-бронировании в соответствии с Разделом 7 Оферты.

Раздел 3. АКЦЕПТ ОФЕРТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА (ДВУХЭТАПНЫЙ АКЦЕПТ)

3.1. Заключение Договора осуществляется в два этапа:

Этап 1 — предварительный акцепт (Заявка-бронирование).

Этап 2 — окончательный акцепт (Акт оказанных услуг).

3.1. Этап 1. Предварительный акцепт (Заявка-бронирование)

3.1.1. Предварительным акцептом Оферты является подписание Потребителем (или его Законным представителем) **Заявки-бронирования** на бумажном носителе или с использованием электронной подписи.

3.1.2. Заявка-бронирование подписывается **до начала медицинского осмотра** и фиксирует:

- дату и время приема;
- выбранного специалиста (при наличии);
- выбранный Потребителем вариант оплаты (предоплата или постоплата);
- согласие Потребителя с условиями Оферты;
- согласие на обработку персональных данных.

3.1.3. Заявка-бронирование **не содержит окончательного перечня медицинских услуг**, поскольку точный перечень услуг определяется врачом в процессе осмотра.

3.1.4. С момента подписания Заявки-бронирования Договор считается заключенным в «рамочном» порядке (ст. 429.1 ГК РФ). Стороны обязуются в ходе медицинского осмотра согласовать окончательный перечень услуг и их стоимость.

3.2. Этап 2. Окончательный акцепт (Акт оказанных услуг)

3.2.1. После проведения медицинского осмотра и определения врачом точного перечня оказанных услуг Потребитель подписывает **Акт оказанных услуг**.

3.2.2. Акт оказанных услуг содержит:

- окончательный перечень медицинских услуг с указанием их стоимости (в соответствии с действующим Прейскурантом);

- итоговую сумму к оплате (либо сумму доплаты, либо сумму возврата при излишней предоплате);
- подтверждение Потребителя о том, что услуги оказаны надлежащего качества и претензий к Исполнителю не имеется.

3.2.3. С момента подписания Акта оказанных услуг все существенные условия договора (предмет и окончательная цена) считаются согласованными (ст. 432 ГК РФ). Акт оказанных услуг является неотъемлемой частью Договора.

3.2.4. В случае, если в ходе осмотра выявлена необходимость в оказании дополнительных услуг, не входивших в предварительный план, врач обязан уведомить об этом Потребителя. Дополнительные услуги оказываются только после получения письменного согласия Потребителя (в том числе в виде отметки в Акте оказанных услуг или отдельном дополнении).

3.3. Способы подписания документов

А) При личном обращении в медицинский центр:

- Потребитель (или его Законный представитель) предъявляет документ, удостоверяющий личность (паспорт или свидетельство о рождении — для несовершеннолетнего Пациента).
- Потребитель подписывает Заявку-бронирование на бумажном носителе.
- После оказания услуг Потребитель подписывает Акт оказанных услуг на бумажном носителе.

Б) При дистанционном обращении (через сайт www.medmente.ru, мобильное приложение или через оператора):

- Потребитель заполняет электронную форму записи с указанием своих данных (ФИО, дата рождения, контактные данные) и данных Пациента (если услуга оказывается не самому Потребителю).
- Исполнитель формирует и направляет Потребителю Заявку-бронирование (в электронной форме) для подписания.
- Потребитель подписывает Заявку-бронирование **простой электронной подписью** (с использованием кода из SMS, ссылки из электронной

почты или через функционал мобильного приложения) либо **усиленной квалифицированной электронной подписью** (при наличии).

- После оказания услуг Потребитель подписывает Акт оказанных услуг аналогичным способом.

В) Для законного представителя несовершеннолетнего:

- Акцепт осуществляется путем подписания Заявки-бронирования и Акта оказанных услуг с указанием своих данных и данных представляемого ребенка.
- Представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность (паспорт), а также документ, подтверждающий статус представителя (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна) — при первом обращении.
- Представитель также подписывает Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте).

3.4. Подписывая Заявку-бронирование и Акт оказанных услуг, Потребитель (Законный представитель) подтверждает, что:

- полностью ознакомлен с условиями Оферты;
- согласен со всеми ее положениями без каких-либо изъятий и оговорок;
- понимает, что заключение договора путем акцепта оферты влечет те же правовые последствия, что и подписание двухстороннего договора на бумажном носителе.

3.5. При подписании документов в электронной форме Стороны признают, что **простая электронная подпись** Потребителя (в виде кода из SMS, ссылки из электронной почты, нажатия кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией) имеет силу собственноручной подписи и является достаточным подтверждением волеизъявления Потребителя (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

3.6. **Отказ от заключения договора** (акцепта оферты) не может быть причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, предоставляемой Потребителю (Пациенту) без взимания платы в рамках

Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

Раздел 4. СУЩЕСТВЕННЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Существенными условиями Договора, заключаемого путем акцепта настоящей Оферты, являются:

4.1.1. Предмет договора — конкретная медицинская услуга (или комплекс услуг / план лечения), указываемые в **Акте оказанных услуг** (окончательном акцепте). Стороны согласовали, что в момент подписания Заявки-бронирования (предварительного акцепта) предмет договора может быть не определен. Окончательное согласование предмета осуществляется в Акте оказанных услуг после определения врачом точного перечня услуг.

4.1.2. Цена — стоимость услуги (услуг), определяемая на основании Прейскуранта, действующего на момент оказания услуги, и фиксируемая в **Акте оказанных услуг**. При длительном или комплексном лечении по требованию Потребителя составляется **твердая смета**, которая является неотъемлемой частью Договора и изменению в одностороннем порядке не подлежит.

4.1.3. Сроки оказания услуги:

- При амбулаторной помощи — дата и время, согласованные Сторонами и фиксируемые в Заявке-бронировании.
- При стационарной помощи — дата госпитализации и ожидаемый срок пребывания (ориентировочный). Фактический срок лечения определяется медицинскими показаниями и фиксируется в медицинской карте.

Раздел 5. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОСОБЕННОСТИ АКЦЕПТА

5.1. Амбулаторная помощь (включая помощь на дому)

5.1.1. При амбулаторной помощи Заявка-бронирование содержит:

- дату и время приема;
- выбранного специалиста (при наличии);
- выбранный вариант оплаты.

5.1.2. Акт оказанных услуг при амбулаторной помощи содержит:

- наименование конкретных медицинских услуг (консультация, процедура, исследование), оказанных врачом;
- твердую цену каждой услуги;
- итоговую сумму к оплате.

5.1.3. При оказании помощи на дому в Заявке-бронировании дополнительно указывается адрес выезда.

5.1.4. Срок ожидания планового приема специалиста (по необходимому профилю) составляет не более 14 (четырнадцати) дней со дня обращения Потребителя.

5.2. Дневной стационар

5.2.1. При оказании помощи в условиях дневного стационара Заявка-бронирование содержит:

- предварительный план лечения с перечнем услуг (процедур, манипуляций, лекарственной терапии);
- предварительную стоимость (смету) лечения;
- количество дней пребывания (ориентировочно).

5.2.2. По окончании курса лечения (или поэтапно) подписывается Акт оказанных услуг, содержащий фактический перечень услуг и окончательную стоимость.

5.2.3. Потребитель вправе требовать составления твердой сметы на весь курс лечения в дневном стационаре (ст. 33 Закона № 2300-1).

5.2.4. В период пребывания в дневном стационаре Исполнитель обеспечивает Потребителю:

- размещение в палате (койко-место) на время процедур;
- ежедневный врачебный осмотр;
- процедуры и перевязки по назначению врача;
- медикаментозную терапию (в рамках назначений).

5.2.5. Питание в дневном стационаре предоставляется только в случаях, когда это предусмотрено медицинскими показаниями и включено в смету.

5.3. Круглосуточный стационар

5.3.1. При оказании помощи в условиях круглосуточного стационара Заявка-бронирование содержит:

- **предварительную смету** на лечение, включающую: стоимость койко-дня, перечень планируемых медицинских услуг, лекарственных препаратов, расходных материалов;
- ожидаемый срок госпитализации (ориентировочно);
- размер авансового платежа (при согласии Потребителя).

5.3.2. По окончании лечения подписывается Акт оказанных услуг, содержащий фактический перечень услуг и окончательную стоимость (с учетом корректировок по медицинским показаниям).

5.3.3. Потребитель вправе требовать составления **твердой сметы** на весь курс лечения. Твердая смета не подлежит увеличению, за исключением случаев:

- возникновения угрозы жизни и здоровью Потребителя, требующей дополнительных неотложных вмешательств;
- необходимости в оказании дополнительных услуг по независящим от Исполнителя причинам, с письменного согласия Потребителя.

5.3.4. В период пребывания в стационаре Исполнитель обеспечивает Потребителю:

- размещение в палате (согласно Правилам внутреннего распорядка);
- ежедневный врачебный осмотр;
- регулярную смену постельного белья;

- предоставление ухода средним и младшим медицинским персоналом (не включая индивидуальный патронажный пост);
- питание в соответствии с рекомендациями лечащего врача;
- медикаментозную терапию, перевязки и процедуры по назначению лечащего врача.

5.3.5. При необходимости закупки имплантируемых устройств, дорогостоящих расходных материалов Исполнитель согласовывает с Потребителем их стоимость и порядок оплаты (в том числе — закупка за счет Потребителя или через Исполнителя).

5.3.6. Срок пребывания в стационаре продлевается по медицинским показаниям с уведомлением Потребителя (или его Законного представителя). Увеличение срока влечет перерасчет стоимости, который оформляется дополнительным соглашением (или подписанием нового Акта оказанных услуг).

Раздел 6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Исполнитель обязан:

6.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ, Порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, с учетом которых оказываются услуги.

6.1.2. До заключения договора (подписания Заявки-бронирования) предоставить Потребителю в письменной форме (в том числе путем размещения на сайте и информационных стендах) следующую информацию:

- о порядке и условиях оказания платных медицинских услуг;
- о Прейскуранте на все медицинские услуги;
- о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий и территориальной программы ОМС;

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- режим работы, адреса места осуществления медицинской деятельности.

6.1.3. Письменно уведомить Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Данное уведомление включается в текст Информированного добровольного согласия (Приложение № 2 к Оферте).

6.1.4. Получить перед началом оказания услуги информированное добровольное согласие Пациента на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) в письменной форме или в форме электронного документа, подписанного Потребителем.

6.1.5. Предоставить по письменному запросу Потребителя заверенные копии медицинских документов (выписки из медицинской карты, результаты исследований) в течение 10 (десяти) рабочих дней. Выдача копий осуществляется бесплатно. Оригиналы медицинской документации хранятся у Исполнителя и на руки не выдаются.

6.1.6. По требованию Потребителя составить **твердую смету** на оказание платных медицинских услуг (при длительном или комплексном лечении).

6.1.7. При изменении в ходе лечения объема медицинских услуг (по медицинским показаниям) и, соответственно, стоимости — получить письменное согласие Потребителя (или его Законного представителя) на оказание дополнительных услуг и их оплату. В экстренных случаях (угроза жизни) дополнительные услуги оказываются без предварительного согласия, с последующим уведомлением Потребителя.

6.2. Потребитель (Пациент) обязан:

6.2.1. При первом обращении предъявить документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ или свидетельство о рождении — для

несовершеннолетнего). При последующих обращениях идентификация осуществляется по номеру медицинской карты.

6.2.2. Предоставлять Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья (или состоянии представляемого лица), включая:

- сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях;
- известные аллергические реакции и индивидуальную непереносимость лекарственных средств;
- сведения о принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах;
- информацию о проводимом лечении в других медицинских организациях.

6.2.3. Соблюдать рекомендации и назначения лечащего врача, являться на прием в назначенное время, выполнять назначенный режим лечения.

6.2.4. Уведомлять Исполнителя об отмене визита или переносе госпитализации не менее чем за 24 часа до назначенного времени, за исключением случаев экстренной госпитализации и иных обстоятельств непреодолимой силы.

6.2.5. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящей Офертой и Актом оказанных услуг (Раздел 7).

6.2.6. Подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) до начала оказания услуги.

6.2.7. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО НИМЦ «Медика Менте», размещенные на сайте и на информационных стендах.

6.3. Особенности для законного представителя несовершеннолетнего

6.3.1. Законный представитель (родитель, усыновитель, опекун, попечитель) действует от имени несовершеннолетнего Пациента (в возрасте до 15 лет — для общего случая, до 16 лет — для наркологической помощи).

6.3.2. Заявка-бронирование и Акт оказанных услуг подписываются представителем с указанием своих данных и данных несовершеннолетнего Пациента (ФИО, дата рождения). Прилагаются документы, подтверждающие

статус представителя (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна) — при первом обращении.

6.3.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает представитель (Приложение № 2 к Оферте).

6.3.4. Обязанность по оплате услуг несет представитель.

6.4. Исполнитель имеет право:

6.4.1. Привлекать для консультаций и (или) лечения специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые консультации, дообследование и/или лечение (в том числе за дополнительную плату, с письменного согласия Потребителя) в случаях, если соответствующие исследования, консультации или лечение не производятся Исполнителем.

6.4.2. Перенести дату и время оказания услуг при непредвиденном отсутствии лечащего врача (болезнь, отпуск, командировка) с обязательным уведомлением Потребителя не позднее чем за 24 часа до назначенного времени (или непосредственно при явке Потребителя, если информация об отсутствии врача стала известна позднее).

6.4.3. Отказать в оказании услуги (в том числе в день обращения) при выявлении у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуги, а также при несовместимости запрошенной услуги с действующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

6.4.4. Изменять Прейскурант в одностороннем порядке, публикуя новую редакцию на сайте и информационных стендах. Изменение цен не применяется к Договорам (Заявкам-бронированиям), уже заключенным на момент вступления в силу новой редакции Прейскуранта.

Раздел 7. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

7.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оказания услуги, и фиксируется в **Акте оказанных услуг** (окончательном акцепте).

7.2. **Варианты оплаты (выбираются Потребителем в Заявке-бронировании):**

Вариант	Условия	Применяется для
100% постоплата	Оплата производится после оказания услуги, при подписании Акта оказанных услуг	Амбулаторные услуги (консультации, простые процедуры)
100% предоплата	Оплата производится до оказания услуги, при подписании Заявки-бронирования (в размере 100% от ориентировочной стоимости первичной консультации). Окончательный расчет (доплата или возврат) — после подписания Акта оказанных услуг	Амбулаторные услуги, исследования, лабораторная диагностика, дистанционная запись
Аванс + доплата	Внесение аванса (депозита) при госпитализации (в Заявке-бронировании), окончательный расчет после выписки (в Акте оказанных услуг)	Стационар, дневной стационар, длительное лечение

7.3. Если иное не указано в Заявке-бронировании, по умолчанию применяется:

- для амбулаторных услуг — **100% постоплата**;

- для стационара и дневного стационара — **аванс (100% предоплата) + вероятная доплата.**

7.4. Способы оплаты:

- наличными денежными средствами в кассу Исполнителя;
- безналичным перечислением на расчетный счет Исполнителя;
- с использованием платежного терминала и банковских карт;
- через платежный сервис на сайте Исполнителя (онлайн-оплата).

7.5. Потребителю выдается документ, подтверждающий оплату: контрольно-кассовый чек (в том числе в электронной форме), квитанция или иной документ строгой отчетности.

7.6. При отказе Потребителя от исполнения Договора (ст. 32 Закона № 2300-1):

- Возврату подлежит сумма, внесенная в качестве предоплаты или аванса, за вычетом **фактически понесенных Исполнителем расходов**, связанных с исполнением обязательств по Договору.
- Фактически понесенные расходы подтверждаются документально (затраты на приобретение индивидуальных расходных материалов, оплата работы специалиста за фактически отработанное время, бронирование времени специалиста, оплата работы административного персонала по организации приема и т.п.).
- **Фиксированный процент удержания не применяется.**

7.7. При досрочном расторжении Договора (по инициативе Потребителя или по медицинским показаниям) возврат остатка неизрасходованных средств осуществляется в срок до 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Потребителя.

7.8. **Изменение цены после подписания Акта оказанных услуг не допускается**, за исключением случаев выявления необходимости в дополнительных услугах по медицинским показаниям (с письменного согласия Потребителя).

7.9. Исполнитель вправе изменять Прейскурант в одностороннем порядке, публикуя новую редакцию на сайте и информационных стендах. Изменение цен не применяется к услугам, уже оказанным и зафиксированным в Акте оказанных услуг на момент вступления в силу новой редакции Прейскуранта.

Раздел 8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

8.2. Исполнитель несет ответственность за:

- нарушение прав потребителей в сфере охраны здоровья;
- причинение вреда жизни и/или здоровью при оказании медицинских услуг (ст. 14 Закона № 2300-1);
- нарушение сроков оказания услуг (неустойка по ст. 28 Закона № 2300-1);
- разглашение врачебной тайны и персональных данных.

8.3. Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия оказания медицинской услуги (в том числе за невозможность ее завершения в срок или отрицательное влияние на состояние здоровья), возникшие вследствие:

- несоблюдения Потребителем (Пациентом) рекомендаций и назначений лечащего врача;
- непредоставления либо предоставления недостоверной информации о состоянии здоровья, принимаемых лекарственных препаратах, проводимом лечении в других организациях;
- неявки на прием без предварительного уведомления или с нарушением срока уведомления.

Указанное освобождение от ответственности применяется при условии, что Потребитель (Пациент) был письменно уведомлен о возможных

последствиях несоблюдения рекомендаций врача в соответствии с п. 6.1.3 настоящей Оферты.

8.4. Порядок действий при опоздании Потребителя на прием:

8.4.1. В случае опоздания Потребителя на прием более чем на 15 (пятнадцать) минут без предварительного уведомления, Исполнитель вправе предложить Потребителю перенести прием на другое время в тот же день (при наличии технической возможности) либо на другой день по согласованию с Потребителем.

8.4.2. При согласии Потребителя на перенос, услуга оказывается в согласованное время без дополнительной оплаты.

8.4.3. При отказе Потребителя от предложенных Исполнителем вариантов переноса времени приема, Договор считается расторгнутым по инициативе Потребителя. В этом случае, если оплата была произведена, Исполнитель производит возврат денежных средств за вычетом **документально подтвержденных расходов**, фактически понесенных в связи с подготовкой к оказанию услуги (бронирование времени специалиста, оплата работы административного персонала по организации приема, приобретение индивидуальных расходных материалов). **Фиксированный процент удержания не применяется.**

8.4.4. При переносе приема по инициативе Исполнителя (болезнь врача, технические неполадки) услуга оказывается в согласованное перенесенное время без изменения цены. При отказе Потребителя от переноса по инициативе Исполнителя, предоплата возвращается в полном объеме.

8.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств, если причиной такого неисполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила: стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

Раздел 9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ И ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

9.1. Акцептуя настоящую Оферту (подписывая Заявку-бронирование), Потребитель дает согласие на обработку его персональных данных (включая фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта, данные о состоянии здоровья, сведения о периоде обслуживания в ООО НИМЦ «Медика Менте») в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9.2. Для несовершеннолетнего Пациента — согласие на обработку персональных данных дает его Законный представитель.

9.3. Цели обработки персональных данных:

- оказание медицинских услуг (медико-профилактические цели, установление медицинского диагноза);
- взаимодействие с Потребителем при обращении в медицинский центр;
- уведомление об услугах, акциях, записи на прием (по электронной почте, посредством СМС и телефонных звонков) — с правом Потребителя на отказ от получения таких уведомлений;
- сбор статистической информации, контроль качества лечения, передача сведений в ЕГИСЗ.

9.4. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации (в соответствии с Приказом Минздрава России от 07.12.2015 № 13-2/1538). Согласие может быть отозвано Потребителем в письменной форме, при этом Исполнитель прекращает обработку персональных данных, а оказание медицинских услуг Потребителю приостанавливается до урегулирования вопроса о возможности дальнейшего оказания услуг без обработки персональных данных.

9.5. Сведения, составляющие врачебную тайну, не подлежат разглашению третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ (в частности, по запросу органов дознания и

следствия, суда, прокуратуры; для обмена информацией с другими медицинскими организациями в интересах обследования и лечения пациента с его письменного согласия).

Раздел 10. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Претензия по качеству оказанной медицинской услуги подается Потребителем в письменной форме на почтовый адрес Исполнителя либо на адрес электронной почты 103@medmente.ru. В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (ФИО, дата оказания услуги, вид услуги), суть претензии и требование (уменьшение цены, безвозмездное устранение недостатков, возмещение убытков).

10.2. Исполнитель рассматривает претензию и направляет ответ в сроки, установленные ст. 22 Закона № 2300-1 (10 дней), а при отсутствии специального срока — в 10-ти дневный срок со дня получения претензии.

10.3. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг спор может быть рассмотрен врачебной комиссией Исполнителя с привлечением сторонних специалистов (по соглашению сторон).

10.4. При недостижении согласия споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ. Территориальная подсудность споров определяется по выбору Потребителя (ст. 17 Закона № 2300-1): по месту нахождения Исполнителя, по месту жительства Потребителя либо по месту заключения договора (акцепта оферты).

Раздел 11. ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ (ЭДО)

11.1. Стороны признают юридическую силу документов (Оферта, Заявка-бронирование, Акт оказанных услуг, Дополнительные соглашения, ИДС), подписанных с использованием:

- **простой электронной подписи** (код из SMS, ссылка из электронной почты, нажатие кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией);
- **усиленной квалифицированной электронной подписи (УКЭП)** — при наличии у Сторон.

11.2. Договор (Оферта + Заявка-бронирование + Акт оказанных услуг), подписанный Потребителем простой электронной подписью, признается равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручно (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ч. 2 ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

11.3. Исполнитель обеспечивает хранение электронных экземпляров документов (Заявок-бронирований, Актов оказанных услуг, ИДС) в своей информационной системе в течение сроков, установленных для хранения первичной медицинской документации.

11.4. По требованию Потребителя Исполнитель предоставляет ему копии электронных документов на бумажном носителе, заверенные печатью и подписью уполномоченного лица.

Раздел 12. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

12.1. Акцептуя настоящую Оферту (подписывая Заявку-бронирование), Потребитель подтверждает, что он:

- ознакомлен и согласен с условиями Оферты, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка;
- уведомлен о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий и территориальной программы ОМС;
- **уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника может снизить качество услуги, повлечь**

невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- информирован о своем праве на отказ от исполнения договора (ст. 32 Закона № 2300-1), на составление твердой сметы (ст. 33 Закона № 2300-1), на уменьшение цены при обнаружении недостатков (ст. 29 Закона № 2300-1).

12.2. Потребитель подтверждает, что делает акцепт (заключает договор) сознательно и добровольно, без принуждения, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

12.3. Настоящая Оферта вступает в силу с даты ее утверждения Генеральным директором Исполнителя и действует бессрочно до момента ее отзыва или замены новой редакцией. Изменения Оферты публикуются на сайте Исполнителя не позднее чем за 1 (один) календарный день до их вступления в силу и не имеют обратной силы (не применяются к Договорам, заключенным до даты вступления изменений).

Раздел 13. ПРИЛОЖЕНИЯ К ОФЕРТЕ

Неотъемлемыми частями настоящей Оферты являются следующие документы, размещенные на сайте Исполнителя и на информационных стендах:

- **Приложение № 1** — Прейскурант на медицинские услуги (актуальная редакция).
- **Приложение № 2** — Форма Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (единая для амбулаторной и стационарной помощи, с блоками для законного представителя).
- **Приложение № 3** — Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО НИМЦ «Медика Менте».

- **Приложение № 4** — Формы документов для двухэтапного акцепта:
 - **Форма 4.1** — Заявка-бронирование (предварительный акцепт) для амбулаторной помощи.
 - **Форма 4.2** — Акт оказанных услуг (окончательный акцепт) для амбулаторной помощи.
 - **Форма 4.3** — Заявка-бронирование (предварительный акцепт) для стационарной помощи (с предварительной сметой).
 - **Форма 4.4** — Акт оказанных услуг (окончательный акцепт) для стационарной помощи.
 - Формы для законных представителей несовершеннолетних — с теми же номерами с пометкой «(для несовершеннолетнего)».

Раздел 14. РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ

Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»)

Юридический адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7

Фактические адреса осуществления медицинской деятельности:

- 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7
- 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, 2 этаж
- 141070, Московская область, г. Королев, ул. 50-летия ВЛКСМ, д. 2а, пом. I

ОГРН: 1195081003391

ИНН: 5018198350

КПП: 501801001

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01162-50/00351825 от 09.07.2020, выдана Министерством здравоохранения Московской области. Срок действия — бессрочно.

Банковские реквизиты:

Банк: Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве

БИК: 044525411

к/с: 30101810145250000411

р/с: 40702810608000000110

Контактная информация:

Телефон: +7 (495) 266-03-03

E-mail: 103@medmente.ru

Сайт: www.medmente.ru

Приложение №1

ПРЕЙСКУРАНТ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ



Приложение №2

**ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
(ЕДИНАЯ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ, С
БЛОКАМИ ДЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ).**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

по адресу:

(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
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

по адресу:

(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)

* Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации
5 мая 2012 г., регистрационный N 24082.

Приложение №3

**ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ООО НИМЦ «МЕДИКА МЕНТЕ».**



**ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА
В СТАЦИОНАРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ООО НИМЦ «МЕДИКА МЕНТЕ».**



Приложение №4**ФОРМЫ ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ДВУХЭТАПНОГО АКЦЕПТА:****Форма 4.1 (ЭДО)****ЗАЯВКА-БРОНИРОВАНИЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)****НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ****(Амбулаторная помощь)**

№ _____ от « ____ » _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	« ____ » _____ г.
Паспорт	серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

Адрес регистрации _____

Телефон

+7 (____) _____

E-mail _____

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле

Данные

ФИО представителя _____

Паспорт представителя

серия _____ № _____

Документ о статусе _____

Телефон представителя

+7 (____) _____

2. ПРЕДМЕТ ЗАЯВКИ-БРОНИРОВАНИЯ

2.1. Потребитель акцептует Публичную оферту, размещенную на сайте www.medmente.ru.

2.2. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется принять Потребителя (Пациента) на амбулаторный прием.

2.3. Точный перечень услуг определяется врачом и фиксируется в **Акте оказанных услуг**, подписываемом после приема.

3. СРОКИ И МЕСТО ПРИЕМА

3.1. Место оказания услуги: помещения Исполнителя по адресу: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, а также по иным адресам осуществления медицинской деятельности Исполнителя, информация о которых размещена на сайте www.medmente.ru.

3.2. Потребитель уведомлен, что точный адрес кабинета будет сообщен ему при подтверждении записи.

3.3. При наличии нескольких записей условия настоящей Заявки-бронирования применяются к каждому визиту отдельно.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в порядке и сроки, установленные настоящей Заявкой-бронированием и Публичной офертой.

4.2. Потребитель вправе оплатить услуги одним из следующих способов (по своему выбору):

- **Постоплата** — оплата производится **после** оказания услуги, при подписании Акта оказанных услуг, в полном объеме.
- **Предоплата (100%)** — оплата производится **до** оказания услуги в размере 100% от **стоимости заявленной Потребителем услуги** согласно Прейскуранту. Окончательный расчет (доплата или возврат излишне уплаченной суммы) производится после подписания Акта оказанных услуг.
- **Аванс (частичная предоплата)** — по согласованию с Исполнителем, в размере, определяемом Сторонами. Аванс засчитывается в счет окончательной стоимости услуг.

4.3. Конкретный способ оплаты определяется Потребителем в момент оплаты любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен и согласен с:

- Публичной офертой;
- Прейскурантом Исполнителя;
- Правилами внутреннего распорядка для пациентов.

5.2. Потребитель **уведомлен о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы** в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

5.3. Потребитель **уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника**, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной

медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5.4. Потребитель дает **согласие на обработку своих персональных данных** (включая данные о состоянии здоровья) в целях и порядке, предусмотренных Разделом 9 Публичной оферты.

5.5. Потребитель уведомлен о том, что в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение (за исключением туалетных комнат) в целях обеспечения безопасности пациентов и сотрудников, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

5.6. Потребитель подтверждает, что указанные в настоящей Заявке-бронировании сведения являются полными и достоверными.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕЯВКУ (ОПОЗДАНИЕ)

6.1. Потребитель обязуется уведомить Исполнителя об отмене или переносе визита **не менее чем за 24 часа** до назначенного времени по телефону +7 (495) 266-03-03.

6.2. **В случае неявки без предварительного уведомления либо уведомления с нарушением установленного срока:**

- 6.2.1. Исполнитель вправе предложить Потребителю перенести прием на другое время в тот же день (при наличии технической возможности) либо на другой день по согласованию с Потребителем.
- 6.2.2. При согласии Потребителя на перенос, услуга оказывается в согласованное время без дополнительной оплаты.
- 6.2.3. При отказе Потребителя от предложенных Исполнителем вариантов переноса времени приема, Договор считается расторгнутым по инициативе Потребителя.
- 6.2.4. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя в связи с неявкой (опозданием) возврат уплаченных денежных средств (при внесении предоплаты или аванса) производится за вычетом **документально подтвержденных расходов** Исполнителя, фактически понесенных в связи с подготовкой к оказанию услуги (приобретение индивидуальных расходных материалов, иные расходы направленные на организацию и обеспечение запланированной услуги).

6.3. **При опоздании Потребителя на прием** более чем на 15 (пятнадцать) минут без предварительного уведомления Исполнитель вправе перенести

прием на другое время (при наличии технической возможности). Правила п. 6.2 настоящей Заявки применяются по аналогии.

6.4. При переносе приема по инициативе Исполнителя (болезнь врача, технические неполадки) услуга оказывается в согласованное перенесенное время без изменения цены. При отказе Потребителя от переноса по инициативе Исполнителя, предоплата (аванс) возвращается в полном объеме.

7. ПОДПИСИ

Исполнитель (администратор):

Заявку-бронирование принял, личность Потребителя (Законного представителя) установил на основании предъявленного документа.

_____ (ФИО администратора) _____
(подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Потребитель (Законный представитель):

С условиями Публичной оферты и настоящей Заявки-бронирования ознакомлен(а), полностью согласен(на), подтверждаю достоверность указанных сведений.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

8. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА (ЭДО)

Настоящий документ подписан с использованием **простой электронной подписи** (код из SMS / ссылка из электронной почты / нажатие кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией), что признается сторонами равнозначным собственноручной подписи на бумажном носителе (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

Форма 4.1 (Бумажная)**ЗАЯВКА-БРОНИРОВАНИЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(Амбулаторная помощь)**

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.
Паспорт	серия _____ № _____
Кем и когда выдан	_____
Адрес регистрации	_____
Телефон	+7 (____) _____

Е-mail _____

Контактное лицо для экстренной связи (заполняется по желанию):

Поле Данные

ФИО _____

Телефон +7 (____) _____

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле Данные

ФИО представителя _____

Паспорт представителя серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

Документ о статусе
(свидетельство о рождении,
удостоверение опекуна) _____

Телефон представителя +7 (____) _____

Е-mail представителя _____

2. ПРЕДМЕТ ЗАЯВКИ-БРОНИРОВАНИЯ

2.1. Потребитель акцептует Публичную оферту, размещенную на сайте www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя.

2.2. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется принять Потребителя (Пациента) на амбулаторный прием.

2.3. Точный перечень услуг определяется врачом и фиксируется в **Акте оказанных услуг**, подписываемом после приема.

3. СРОКИ И МЕСТО ПРИЕМА

3.1. Место оказания услуги: помещения Исполнителя по адресу: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, а также по иным адресам осуществления медицинской деятельности Исполнителя, информация о которых размещена на сайте www.medmente.ru и на информационных стендах.

3.2. Потребитель уведомлен, что точный адрес кабинета будет сообщен ему при подтверждении записи (по телефону, SMS) или при входе в клинику.

3.3. При наличии нескольких записей условия настоящей Заявки-бронирования применяются к каждому визиту отдельно.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в порядке и сроки, установленные настоящей Заявкой-бронированием и Публичной офертой.

4.2. Потребитель вправе оплатить услуги одним из следующих способов (по своему выбору):

- **Постоплата** — оплата производится **после** оказания услуги, при подписании Акта оказанных услуг, в полном объеме.
- **Предоплата (100%)** — оплата производится **до** оказания услуги в размере 100% от **стоимости заявленной Потребителем услуги** согласно Прейскуранту. Окончательный расчет (доплата или возврат излишне уплаченной суммы) производится после подписания Акта оказанных услуг.
- **Аванс (частичная предоплата)** — по согласованию с Исполнителем, в размере, определяемом Сторонами. Аванс засчитывается в счет окончательной стоимости услуг.

4.3. Конкретный способ оплаты определяется Потребителем в момент оплаты любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен и согласен с:

- Публичной офертой;
- Прейскурантом Исполнителя (актуальная редакция);

- Правилами внутреннего распорядка для пациентов.

5.2. Потребитель **уведомлен о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы** в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

5.3. Потребитель **уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника**, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5.4. Потребитель дает **согласие на обработку своих персональных данных** (включая данные о состоянии здоровья) в целях и порядке, предусмотренных Разделом 9 Публичной оферты.

5.5. Потребитель уведомлен о том, что в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение (за исключением туалетных комнат) в целях обеспечения безопасности пациентов и сотрудников, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

5.6. Потребитель подтверждает, что указанные в настоящей Заявке-бронировании сведения являются полными и достоверными.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НЕЯВКУ (ОПОЗДАНИЕ)

6.1. Потребитель обязуется уведомить Исполнителя об отмене или переносе визита **не менее чем за 24 часа** до назначенного времени по телефону +7 (495) 266-03-03.

6.2. **В случае неявки без предварительного уведомления либо уведомления с нарушением установленного срока:**

6.2.1. Исполнитель вправе предложить Потребителю перенести прием на другое время в тот же день (при наличии технической возможности) либо на другой день по согласованию с Потребителем.

6.2.2. При согласии Потребителя на перенос, услуга оказывается в согласованное время без дополнительной оплаты.

6.2.3. При отказе Потребителя от предложенных Исполнителем вариантов переноса времени приема, Договор считается расторгнутым по инициативе Потребителя.

6.2.4. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя в связи с неявкой (опозданием) возврат уплаченных денежных средств (при внесении предоплаты или аванса) производится за

вычетом документально подтвержденных расходов Исполнителя, фактически понесенных в связи с подготовкой к оказанию услуги (приобретение индивидуальных расходных материалов, иные расходы направленные на обеспечение оказания запланированной услуги).

6.3. При опоздании Потребителя на прием более чем на 15 (пятнадцать) минут без предварительного уведомления Исполнитель вправе перенести прием на другое время (при наличии технической возможности). Правила п. 6.2 настоящей Заявки применяются по аналогии.

6.4. При переносе приема по инициативе Исполнителя (болезнь врача, технические неполадки) услуга оказывается в согласованное перенесенное время без изменения цены. При отказе Потребителя от переноса по инициативе Исполнителя, предоплата (аванс) возвращается в полном объеме.

7. ПОДПИСИ

Исполнитель:

От имени Исполнителя Заявку-бронирование принял(а) администратор:

(ФИО администратора) _____

«____» _____ 202__ г.

Настоящий Договор со стороны Исполнителя подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписи Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского Михаила Николаевича, что в соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ признается имеющим одинаковую юридическую силу с собственноручной подписью.

Факсимиле Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского М.Н.:

Потребитель (Законный представитель):

С условиями Публичной оферты и настоящей Заявки-бронирования ознакомлен(а), полностью согласен(на), подтверждаю достоверность указанных сведений.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«____» _____ 202__ г.

8. ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ

Форма 4.2 (ЭДО)

**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)
ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(Амбулаторная помощь)**

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице **Генерального директора Никитского Михаила Николаевича**, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле	Данные
------	--------

ФИО

представителя

Действует в

интересах

_____ (ФИО

несовершеннолетнего)

2. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

2.1. Настоящий Акт составлен во исполнение Договора, заключенного путем акцепта Потребителем Публичной оферты ООО НИМЦ «Медика Менте» (размещена на сайте www.medmente.ru).

2.2. Подтверждением предварительного акцепта Оферты является подписанная Потребителем Заявка-бронирование № _____ от _____.

2.3. Настоящий Акт является **окончательным акцептом** и фиксирует:

- окончательный перечень медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю (Пациенту);
- окончательную стоимость оказанных услуг;
- подтверждение Потребителем качества оказанных услуг;
- порядок окончательного расчета.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№	Наименование медицинской услуги (в соответствии с Прейскурантом)	Код услуги (при наличии)	Количес тво	Цена (руб.)	Сум ма (руб.)
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____

Итого:

_____ руб.

Общая стоимость оказанных услуг: _____
(_____) рублей **00 копеек.**

Налог (НДС): Услуги освобождаются от налогообложения на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1. Стоимость оказанных услуг (п. 3) составляет _____
(_____) рублей.

4.2. При наличии внесенной предоплаты (аванса) сумма к доплате (возврату) определяется как разница между стоимостью оказанных услуг и суммой внесенной предоплаты (аванса).

4.3. Оплата производится Потребителем **в день подписания настоящего Акта** любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

4.4. При излишней предоплате возврат осуществляется Исполнителем в течение 10 рабочих дней со дня подписания настоящего Акта на основании письменного заявления Потребителя.

4.5. Факт оплаты подтверждается контрольно-кассовым чеком, который выдается Потребителю в момент оплаты (в электронной форме или на бумажном носителе).

5. КАЧЕСТВО ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

5.1. Потребитель подтверждает, что медицинские услуги, указанные в разделе 3 настоящего Акта, оказаны:

- в полном объеме;
- надлежащего качества;
- в установленные сроки.

5.2. Потребитель **не имеет претензий** к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания услуг.

5.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) подписано Потребителем (Законным представителем) до начала оказания услуг.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. С момента подписания настоящего Акта все существенные условия Договора (предмет и окончательная цена) считаются согласованными (ст. 432 ГК РФ).

6.2. Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора, заключенного путем акцепта Публичной оферты.

6.3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. ПОДПИСИ

Исполнитель (врач / уполномоченное лицо):

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Потребитель (Законный представитель):

С условиями настоящего Акта ознакомлен(а), подтверждаю достоверность указанных сведений, подтверждаю, что услуги оказаны надлежащего качества, претензий не имею. Сумму к оплате (доплате / возврату) подтверждаю.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

8. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА (ЭДО)

Настоящий документ подписан с использованием **простой электронной подписи** (код из SMS / ссылка из электронной почты / нажатие кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией), что признается сторонами равнозначным собственноручной подписи на бумажном носителе (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

Форма 4.2 (Бумажная)

**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)
ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(Амбулаторная помощь)**

№ _____ от « ____ » _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	« ____ » _____ г.

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле	Данные
------	--------

ФИО представителя _____

Действует в _____ (ФИО
интересах несовершеннолетнего)

2. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

2.1. Настоящий Акт составлен во исполнение Договора, заключенного путем акцепта Потребителем Публичной оферты ООО НИМЦ «Медика Менте» (размещена на сайте www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя).

2.2. Подтверждением предварительного акцепта Оферты является подписанная Потребителем **Заявка-бронирование № _____ от _____**.

2.3. Настоящий Акт является **окончательным акцептом** и фиксирует:

- окончательный перечень медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю (Пациенту);
- окончательную стоимость оказанных услуг;
- подтверждение Потребителем качества оказанных услуг;
- порядок окончательного расчета.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№	Наименование медицинской услуги (в соответствии с Прейскурантом)	Код услуги (при наличии)	Количество	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____

Итого:

руб.

Общая стоимость оказанных услуг: _____
(_____) рублей **00 копеек.**

Налог (НДС): Услуги освобождаются от налогообложения на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1. Стоимость оказанных услуг (п. 3) составляет _____
(_____) рублей.

4.2. При наличии внесенной предоплаты (аванса) сумма к доплате (возврату) определяется как разница между стоимостью оказанных услуг и суммой внесенной предоплаты (аванса).

4.3. Оплата производится Потребителем **в день подписания настоящего Акта** любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

4.4. При излишней предоплате возврат осуществляется Исполнителем в течение 10 рабочих дней со дня подписания настоящего Акта на основании письменного заявления Потребителя.

4.5. Факт оплаты подтверждается контрольно-кассовым чеком, который выдается Потребителю в момент оплаты (в электронной форме или на бумажном носителе).

5. КАЧЕСТВО ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

5.1. Потребитель подтверждает, что медицинские услуги, указанные в разделе 3 настоящего Акта, оказаны:

- в полном объеме;
- надлежащего качества;
- в установленные сроки.

5.2. Потребитель **не имеет претензий** к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания услуг.

5.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) подписано Потребителем (Законным представителем) до начала оказания услуг.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. С момента подписания настоящего Акта все существенные условия Договора (предмет и окончательная цена) считаются согласованными (ст. 432 ГК РФ).

6.2. Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора, заключенного путем акцепта Публичной оферты.

6.3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. ПОДПИСИ

Исполнитель (врач / уполномоченное лицо):

Услуги, указанные в разделе 3 настоящего Акта, оказаны.

_____ (ФИО врача / уполномоченного лица)
_____ (подпись)

«___» _____ 202__ г.

Настоящий Акт со стороны Исполнителя подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписи Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского Михаила Николаевича, что в соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ признается имеющим одинаковую юридическую силу с собственноручной подписью.

Факсимиле Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского М.Н.:

Потребитель (Законный представитель):

С условиями настоящего Акта ознакомлен(а), подтверждаю достоверность указанных сведений, подтверждаю, что услуги оказаны надлежащего качества, претензий не имею. Сумму к оплате (доплате / возврату) подтверждаю.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«_____» _____ 202__ г.

8. ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ

Форма 4.3 (ЭДО)**ЗАЯВКА-БРОНИРОВАНИЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)****НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ****(Стационарная помощь / Дневной стационар)**

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, **в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава.**

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.
Паспорт	серия _____ № _____
Кем и когда выдан	_____
Адрес регистрации	_____
Телефон	+7 (____) _____

Е-mail _____

Контактное лицо для экстренной связи (заполняется по желанию):

Поле Данные

ФИО _____

Телефон +7 (____) _____

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле Данные

ФИО представителя _____

Паспорт представителя серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

Документ о статусе (свидетельство о рождении, удостоверение опекуна) _____

Телефон представителя +7 (____) _____

Е-mail представителя _____

2. ПРЕДМЕТ ЗАЯВКИ-БРОНИРОВАНИЯ

2.1. Потребитель акцептует Публичную оферту, размещенную на сайте www.medmente.ru.

2.2. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) платные медицинские услуги в условиях:

- **Круглосуточный стационар**
- **Дневной стационар**

2.3. Точный перечень услуг, фактически оказанных в период госпитализации, определяется лечащим врачом и фиксируется в **Акте оказанных услуг**

(окончательном акцепте), подписываемом Потребителем после выписки (или поэтапно — при длительном лечении).

3. ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СМЕТА И СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

3.1. Предварительный диагноз (при наличии): _____

3.2. Планируемые медицинские услуги (предварительный перечень):

-
-
-

3.3. Предварительная стоимость лечения (смета): _____
(_____) рублей.

(Предварительная смета составлена на основании планируемого объема медицинских услуг. Окончательная стоимость определяется по факту оказания услуг и фиксируется в Акте оказанных услуг.)

3.4. Сроки госпитализации:

Поле	Данные
Дата плановой госпитализации	« ____ » _____ 202__ г.
Ожидаемый срок пребывания	_____ дней (ориентировочно)
Палата (категория)	☐ Стандартная ☐ Повышенной комфортности

3.5. При дневном стационаре дополнительно:

Поле	Данные
Количество дней пребывания (ориентировочно)	_____ дней
Время пребывания (ежедневно)	с _____ до _____ часов

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в порядке и сроки, установленные настоящей Заявкой-бронированием и Публичной офертой.

4.2. Для стационарной помощи применяется следующий порядок оплаты:

- **Аванс (частичная предоплата)** — вносится при госпитализации в размере, определяемом Сторонами. Аванс засчитывается в счет окончательной стоимости услуг.
- **Окончательный расчет** — производится после выписки Потребителя (Пациента) на основании подписанного Акта оказанных услуг (доплата или возврат излишне уплаченной суммы).

4.3. Сумма аванса (при госпитализации): _____ рублей.

(Аванс может быть изменен по согласованию Сторон при продлении срока госпитализации или изменении объема услуг.)

4.4. Конкретный способ оплаты определяется Потребителем в момент оплаты любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен и согласен с:

- Публичной офертой;
- Прейскурантом Исполнителя (актуальная редакция);
- Правилами внутреннего распорядка для пациентов стационара.

5.2. Потребитель **уведомлен о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы** в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

5.3. Потребитель **уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника**, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5.4. Потребитель дает **согласие на обработку своих персональных данных** (включая данные о состоянии здоровья) в целях и порядке, предусмотренных Разделом 9 Публичной оферты.

5.5. Потребитель уведомлен о том, что в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение (за исключением туалетных комнат, душевых и перевязочных) в целях обеспечения безопасности пациентов и сотрудников, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

5.6. Потребитель подтверждает, что указанные в настоящей Заявке-бронировании сведения являются полными и достоверными.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

6.1. Потребитель (Пациент) обязуется:

- соблюдать Правила внутреннего распорядка стационара;
- выполнять назначения и рекомендации лечащего врача;
- своевременно информировать медицинский персонал об изменениях состояния здоровья;
- не покидать стационар без разрешения лечащего врача (при круглосуточном стационаре).

6.2. Исполнитель обязуется обеспечить Потребителю (Пациенту) в период пребывания в стационаре:

- размещение в палате в соответствии с выбранной категорией;
- ежедневный врачебный осмотр;
- уход средним и младшим медицинским персоналом (не включая индивидуальный патронажный пост);
- питание в соответствии с рекомендациями лечащего врача (при круглосуточном стационаре);
- медикаментозную терапию, перевязки и процедуры по назначению лечащего врача.

6.3. При дневном стационаре питание предоставляется только в случаях, когда это предусмотрено медицинскими показаниями и включено в смету.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

7.1. Потребитель обязуется уведомить Исполнителя об отмене или переносе плановой госпитализации **не менее чем за 24 часа**.

7.2. В случае неявки на госпитализацию без предварительного уведомления либо уведомления с нарушением установленного срока:

- 7.2.1. Исполнитель вправе предложить Потребителю перенести дату госпитализации на другое время (при наличии технической возможности).
- 7.2.2. При согласии Потребителя на перенос госпитализация осуществляется в согласованную дату.
- 7.2.3. При отказе Потребителя от переноса Договор считается расторгнутым по инициативе Потребителя.
- 7.2.4. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя в связи с неявкой на госпитализацию возврат уплаченных денежных средств (аванса) производится за вычетом **документально подтвержденных расходов** Исполнителя, фактически понесенных в связи с подготовкой к госпитализации (бронирование палаты, приобретение индивидуальных расходных материалов, оплата работы административного персонала по организации госпитализации).

7.3. При досрочном прекращении лечения по инициативе Потребителя (отказ от медицинского вмешательства, самовольное покидание стационара) Договор расторгается. Потребитель оплачивает фактически оказанные услуги на момент прекращения лечения и фактически понесенные Исполнителем расходы. Возврат неизрасходованной части аванса производится в течение 10 рабочих дней.

8. ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

8.1. В случае необходимости продления срока госпитализации по медицинским показаниям Исполнитель уведомляет об этом Потребителя (или его Законного представителя).

8.2. Продление госпитализации оформляется:

- внесением изменений в настоящую Заявку-бронирование (дополнительным соглашением);
- либо подписанием новой Заявки-бронирования на дополнительный период.

8.3. При продлении госпитализации может быть увеличен размер аванса (по согласованию Сторон).

9. ПОДПИСИ

Исполнитель (администратор / уполномоченное лицо):

Заявку-бронирование принял, личность Потребителя (Законного представителя) установил на основании предъявленного документа.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Потребитель (Законный представитель):

С условиями Публичной оферты и настоящей Заявки-бронирования ознакомлен(а), полностью согласен(на), подтверждаю достоверность указанных сведений. С предварительной сметой ознакомлен(а), согласен(на). Аванс в размере, указанном в п. 4.3, обязуюсь внести при госпитализации.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

10. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА (ЭДО)

Настоящий документ подписан с использованием **простой электронной подписи** (код из SMS / ссылка из электронной почты / нажатие кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией), что признается сторонами равнозначным собственноручной подписи на бумажном носителе (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

Форма 4.3 (Бумажная)

ЗАЯВКА-БРОНИРОВАНИЕ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(Стационарная помощь / Дневной стационар)

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, **в лице Генерального директора Никитского Михаила Николаевича, действующего на основании Устава.**

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.
Паспорт	серия _____ № _____
Кем и когда выдан	_____
Адрес регистрации	_____
Телефон	+7 (____) _____

E-mail _____

Контактное лицо для экстренной связи (заполняется по желанию):

Поле Данные

ФИО _____

Телефон +7 (____) _____

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле Данные

ФИО представителя _____

Паспорт представителя серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

Документ о статусе
(свидетельство о рождении,
удостоверение опекуна) _____

Телефон представителя +7 (____) _____

E-mail представителя _____

2. ПРЕДМЕТ ЗАЯВКИ-БРОНИРОВАНИЯ

2.1. Потребитель акцептует Публичную оферту, размещенную на сайте www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя.

2.2. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) платные медицинские услуги в условиях:

- **Круглосуточный стационар**
- **Дневной стационар**

2.3. Точный перечень услуг, фактически оказанных в период госпитализации, определяется лечащим врачом и фиксируется в **Акте оказанных услуг (окончательном акцепте)**, подписываемом Потребителем после выписки (или поэтапно — при длительном лечении).

3. ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СМЕТА И СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

3.1. Предварительный диагноз (при наличии): _____

3.2. Планируемые медицинские услуги (предварительный перечень):

-
-
-

3.3. Предварительная стоимость лечения (смета): _____
(_____) рублей.

(Предварительная смета составлена на основании планируемого объема медицинских услуг. Окончательная стоимость определяется по факту оказания услуг и фиксируется в Акте оказанных услуг.)

3.4. Сроки госпитализации:

Поле	Данные
Дата плановой госпитализации	« ____ » _____ 202__ г.
Ожидаемый срок пребывания	_____ дней (ориентировочно)
Палата (категория)	☐ Стандартная ☐ Повышенной комфортности ☐ VIP

3.5. При дневном стационаре дополнительно:

Поле	Данные
Количество дней пребывания (ориентировочно)	_____ дней
Время пребывания (ежедневно)	с _____ до _____ часов

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в порядке и сроки, установленные настоящей Заявкой-бронированием и Публичной офертой.

4.2. Для стационарной помощи применяется следующий порядок оплаты:

- **Аванс (частичная предоплата)** — вносится при госпитализации в размере, определяемом Сторонами. Аванс засчитывается в счет окончательной стоимости услуг.
- **Окончательный расчет** — производится после выписки Потребителя (Пациента) на основании подписанного Акта оказанных услуг (доплата или возврат излишне уплаченной суммы).

4.3. Сумма аванса (при госпитализации): _____ рублей.

(Аванс может быть изменен по согласованию Сторон при продлении срока госпитализации или изменении объема услуг.)

4.4. Конкретный способ оплаты определяется Потребителем в момент оплаты любым удобным способом: наличными денежными средствами, банковской картой, безналичным переводом, онлайн-оплатой через сайт.

5. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Потребитель подтверждает, что ознакомлен и согласен с:

- Публичной офертой;
- Прейскурантом Исполнителя (актуальная редакция);
- Правилами внутреннего распорядка для пациентов стационара.

5.2. Потребитель уведомлен о возможности получения аналогичной медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы ОМС.

5.3. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

5.4. Потребитель дает **согласие на обработку своих персональных данных** (включая данные о состоянии здоровья) в целях и порядке, предусмотренных Разделом 9 Публичной оферты.

5.5. Потребитель уведомлен о том, что в помещениях Исполнителя ведется видеонаблюдение (за исключением туалетных комнат, душевых и перевязочных) в целях обеспечения безопасности пациентов и сотрудников, а также контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

5.6. Потребитель подтверждает, что указанные в настоящей Заявке-бронировании сведения являются полными и достоверными.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

6.1. Потребитель (Пациент) обязуется:

- соблюдать Правила внутреннего распорядка стационара;
- выполнять назначения и рекомендации лечащего врача;
- своевременно информировать медицинский персонал об изменениях состояния здоровья;
- не покидать стационар без разрешения лечащего врача (при круглосуточном стационаре).

6.2. Исполнитель обязуется обеспечить Потребителю (Пациенту) в период пребывания в стационаре:

- размещение в палате в соответствии с выбранной категорией;
- ежедневный врачебный осмотр;
- уход средним и младшим медицинским персоналом (не включая индивидуальный патронажный пост);
- питание в соответствии с рекомендациями лечащего врача (при круглосуточном стационаре);
- медикаментозную терапию, перевязки и процедуры по назначению лечащего врача.

6.3. При дневном стационаре питание предоставляется только в случаях, когда это предусмотрено медицинскими показаниями и включено в смету.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

7.1. Потребитель обязуется уведомить Исполнителя об отмене или переносе плановой госпитализации **не менее чем за 24 часа** по телефону +7 (495) 266-03-03.

7.2. В случае неявки на госпитализацию без предварительного уведомления либо уведомления с нарушением установленного срока:

- 7.2.1. Исполнитель вправе предложить Потребителю перенести дату госпитализации на другое время (при наличии технической возможности).
- 7.2.2. При согласии Потребителя на перенос госпитализация осуществляется в согласованную дату.
- 7.2.3. При отказе Потребителя от переноса Договор считается расторгнутым по инициативе Потребителя.
- 7.2.4. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя в связи с неявкой на госпитализацию возврат уплаченных денежных средств (аванса) производится за вычетом **документально подтвержденных расходов** Исполнителя, фактически понесенных в связи с подготовкой к госпитализации (бронирование палаты, приобретение индивидуальных расходных материалов, оплата работы административного персонала по организации госпитализации).

7.3. При досрочном прекращении лечения по инициативе Потребителя (отказ от медицинского вмешательства, самовольное покидание стационара) Договор расторгается. Потребитель оплачивает фактически оказанные услуги на момент прекращения лечения и фактически понесенные Исполнителем расходы. Возврат неизрасходованной части аванса производится в течение 10 рабочих дней.

8. ПРОДЛЕНИЕ СРОКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

8.1. В случае необходимости продления срока госпитализации по медицинским показаниям Исполнитель уведомляет об этом Потребителя (или его Законного представителя).

8.2. Продление госпитализации оформляется:

- внесением изменений в настоящую Заявку-бронирование (дополнительным соглашением);
- либо подписанием новой Заявки-бронирования на дополнительный период.

8.3. При продлении госпитализации может быть увеличена сумма аванса (по согласованию Сторон).

9. ПОДПИСИ

Исполнитель (администратор / уполномоченное лицо):

Заявку-бронирование принял, личность Потребителя (Законного представителя) установил на основании предъявленного документа.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Настоящий Договор со стороны Исполнителя подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписи Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского Михаила Николаевича, что в соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ признается имеющим одинаковую юридическую силу с собственноручной подписью.

Факсимиле Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского М.Н.:

Потребитель (Законный представитель):

С условиями Публичной оферты и настоящей Заявки-бронирования ознакомлен(а), полностью согласен(на), подтверждаю достоверность указанных сведений. С предварительной сметой ознакомлен(а), согласен(на). Аванс в размере, указанном в п. 4.3, обязуюсь внести при госпитализации.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

10. ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ

Форма 4.4 (ЭДО)

**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)
ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(Стационарная помощь / Дневной стационар)**

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице **Генерального директора Никитского Михаила Николаевича**, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле	Данные
ФИО представителя	_____

Действует в _____ (ФИО
интересах _____ несовершеннолетнего)

2. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

2.1. Настоящий Акт составлен во исполнение Договора, заключенного путем акцепта Потребителем Публичной оферты ООО НИМЦ «Медика Менте» (размещена на сайте www.medmente.ru).

2.2. Подтверждением предварительного акцепта Оферты является подписанная Потребителем **Заявка-бронирование № _____ от _____**.

2.3. Настоящий Акт является **окончательным акцептом** и фиксирует:

- окончательный перечень медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю (Пациенту) за весь период госпитализации;
- окончательную стоимость оказанных услуг;
- подтверждение Потребителем качества оказанных услуг;
- порядок окончательного расчета (доплата или возврат аванса).

3. СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Поле	Данные
Дата госпитализации	«____» _____ 202__ г.
Дата выписки / окончания лечения	«____» _____ 202__ г.
Форма пребывания	☐ Круглосуточный стационар ☐ Дневной стационар
Количество койко-дней (человеко- часов)	_____ дней / _____ часов

4. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№	Наименование медицинской услуги (в соответствии с Прейскурантом)	Код услуги (при наличии)	Количество	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____

Общая стоимость оказанных услуг: _____
(_____) рублей **00 копеек.**

Налог (НДС): Услуги освобождаются от налогообложения на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

5.1. Стоимость оказанных услуг (п. 4) составляет _____
(_____) рублей.

5.2. При госпитализации Потребителем был внесен аванс в размере _____ рублей (согласно Заявке-бронированию № _____ от _____).

5.3. Окончательный расчет:

Показатель	Сумма (руб.)
Стоимость оказанных услуг (п. 4)	_____

Внесенный аванс _____

**Сумма доплаты (если стоимость оказанных услуг
больше аванса)** _____

**Сумма возврата (если стоимость оказанных услуг
меньше аванса)** _____

5.4. Потребитель обязан произвести доплату (или Исполнитель обязан осуществить возврат излишне уплаченной суммы) **в течение 5 рабочих дней** со дня подписания настоящего Акта.

5.5. При возврате излишне уплаченной суммы возврат осуществляется на основании письменного заявления Потребителя в течение 10 рабочих дней со дня подписания настоящего Акта.

5.6. Факт оплаты (доплаты) подтверждается контрольно-кассовым чеком, который выдается Потребителю в момент оплаты (в электронной форме).

6. КАЧЕСТВО ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

6.1. Потребитель подтверждает, что медицинские услуги, указанные в разделе 4 настоящего Акта, оказаны:

- в полном объеме;
- надлежащего качества;
- в установленные сроки.

6.2. Потребитель **не имеет претензий** к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания услуг.

6.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) подписано Потребителем (Законным представителем) до начала оказания услуг.

6.4. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с выписным эпикризом (рекомендациями по дальнейшему лечению).

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. С момента подписания настоящего Акта все существенные условия Договора (предмет и окончательная цена) считаются согласованными (ст. 432 ГК РФ).

7.2. Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора, заключенного путем акцепта Публичной оферты.

7.3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. ПОДПИСИ

Исполнитель (лечащий врач / заведующий отделением):

Подтверждаю, что услуги, указанные в разделе 4 настоящего Акта, оказаны в полном объеме.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«____» _____ 202__ г.

Исполнитель (экономист / уполномоченное лицо):

Подтверждаю правильность расчета стоимости оказанных услуг.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«____» _____ 202__ г.

Потребитель (Законный представитель):

С условиями настоящего Акта ознакомлен(а), подтверждаю достоверность указанных сведений, подтверждаю, что услуги оказаны надлежащего качества, претензий не имею. Сумму к доплате (возврату) подтверждаю.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«____» _____ 202__ г.

9. ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА (ЭДО)

Настоящий документ подписан с использованием **простой электронной подписи** (код из SMS / ссылка из электронной почты / нажатие кнопки «Подтверждаю» в мобильном приложении с авторизацией), что признается сторонами равнозначным собственноручной подписи на бумажном носителе (п. 2 ст. 160 ГК РФ, ст. 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ).

Форма 4.4 (Бумажная)**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ (ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ АКЦЕПТ)
ПО ДОГОВОРУ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(Стационарная помощь / Дневной стационар)**

№ _____ от «____» _____ 202__ г.

г. Королев

1. СТОРОНЫ ДОГОВОРА

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью Научно-исследовательский медицинский центр «Медика Менте» (ООО НИМЦ «Медика Менте»), ОГРН 1195081003391, ИНН 5018198350, адрес: 141070, Московская область, г. Королёв, ул. Циолковского, д. 7, в лице **Генерального директора Никитского Михаила Николаевича**, действующего на основании Устава.

Потребитель (Пациент):

Поле	Данные
Фамилия	_____
Имя	_____
Отчество	_____
Дата рождения	«____» _____ г.

Для законного представителя несовершеннолетнего (заполняется при необходимости):

Поле	Данные
ФИО представителя	_____

Действует в _____ (ФИО
интересах _____ несовершеннолетнего)

2. ОСНОВАНИЕ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ АКТА

2.1. Настоящий Акт составлен во исполнение Договора, заключенного путем акцепта Потребителем Публичной оферты ООО НИМЦ «Медика Менте» (размещена на сайте www.medmente.ru и на информационных стендах Исполнителя).

2.2. Подтверждением предварительного акцепта Оферты является подписанная Потребителем **Заявка-бронирование № _____ от _____**.

2.3. Настоящий Акт является **окончательным акцептом** и фиксирует:

- окончательный перечень медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю (Пациенту) за весь период госпитализации;
- окончательную стоимость оказанных услуг;
- подтверждение Потребителем качества оказанных услуг;
- порядок окончательного расчета (доплата или возврат аванса).

3. СРОКИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Поле	Данные
Дата госпитализации	« ____ » _____ 202__ г.
Дата выписки / окончания лечения	« ____ » _____ 202__ г.
Форма пребывания	☐ Круглосуточный стационар ☐ Дневной стационар
Количество койко-дней (человеко-часов)	_____ дней / _____ часов

4. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№	Наименование медицинской услуги (в соответствии с Прейскурантом)	Код услуги	Количество	Цена (руб.)
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

Общая стоимость оказанных услуг: _____
(_____) рублей **00 копеек.**

Налог (НДС): Услуги освобождаются от налогообложения на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

5.1. Стоимость оказанных услуг (п. 4) составляет _____
(_____) рублей.

5.2. При госпитализации Потребителем был внесен аванс в размере _____ рублей (согласно Заявке-бронированию № _____ от _____).

5.3. Окончательный расчет:

Показатель	Сумма (руб.)
Стоимость оказанных услуг (п. 4)	_____
Внесенный аванс	_____
Сумма доплаты (если стоимость оказанных услуг больше аванса)	_____
Сумма возврата (если стоимость оказанных услуг меньше аванса)	_____

5.4. Потребитель обязан произвести доплату (или Исполнитель обязан осуществить возврат излишне уплаченной суммы) **в течение 5 рабочих дней** со дня подписания настоящего Акта.

5.5. При возврате излишне уплаченной суммы возврат осуществляется на основании письменного заявления Потребителя в течение 10 рабочих дней со дня подписания настоящего Акта.

5.6. Факт оплаты (доплаты) подтверждается контрольно-кассовым чеком, который выдается Потребителю в момент оплаты.

6. КАЧЕСТВО ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

6.1. Потребитель подтверждает, что медицинские услуги, указанные в разделе 4 настоящего Акта, оказаны:

- в полном объеме;
- надлежащего качества;
- в установленные сроки.

6.2. Потребитель **не имеет претензий** к Исполнителю по объему, качеству и срокам оказания услуг.

6.3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к Оферте) подписано Потребителем (Законным представителем) до начала оказания услуг.

6.4. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с выписным эпикризом (рекомендациями по дальнейшему лечению) и получил его на руки.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. С момента подписания настоящего Акта все существенные условия Договора (предмет и окончательная цена) считаются согласованными (ст. 432 ГК РФ).

7.2. Настоящий Акт является неотъемлемой частью Договора, заключенного путем акцепта Публичной оферты.

7.3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. ПОДПИСИ

Исполнитель (лечащий врач / заведующий отделением):

Подтверждаю, что услуги, указанные в разделе 4 настоящего Акта, оказаны в полном объеме.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Исполнитель (экономист / уполномоченное лицо):

Подтверждаю правильность расчета стоимости оказанных услуг.

_____ (ФИО) _____ (подпись)

« ____ » _____ 202__ г.

Настоящий Акт со стороны Исполнителя подписан с использованием факсимильного воспроизведения подписи Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте» Никитского Михаила Николаевича, что в соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ признается имеющим одинаковую юридическую силу с собственноручной подписью.

**Факсимиле Генерального директора ООО НИМЦ «Медика Менте»
Никитского М.Н.:**

Потребитель (Законный представитель):

С условиями настоящего Акта ознакомлен(а), подтверждаю достоверность указанных сведений, подтверждаю, что услуги оказаны надлежащего качества, претензий не имею. Сумму к доплате (возврату) подтверждаю. Выписной эпикриз получил(а).

_____ (ФИО) _____ (подпись)

«____» _____ 202__ г.

9 ОСОБЫЕ ОТМЕТКИ