

ДОГОВОР-ЗАКАЗ на оказание платных медицинских услуг, регистрационный номер № XXXXXXXXX

Дата заключения Договора-заказа: ЧЧ.ММ.ГГГГ

Контактный центр тел.: (495) 153-31-07, Email: info@eastclinic.ru, Режим работы: Пн-Вс 09:00-21:00

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника на Соколе», действующее на основании лицензии ЛО-77-01-016694 от 19.09.2018г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице генерального директора Еремеева Максима Владимировича, с одной стороны, и гр. ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО ("Заказчик") с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор-заказ о нижеследующем:

1. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

Пациент: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, Дата рождения: ЧЧ.ММ.ГГГГ

Моб. тел: +7XXXXXXXXXX, E-mail: XXXXXXXX@XXXXXXXX.XX

2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ ОКАЗАТЬ, А ЗАКАЗЧИК ПРИНЯТЬ И ОПЛАТИТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ЗАКАЗЧИКУ/ПАЦИЕНТУ:

№	Услуга	Кол-во	Цена
1	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	X	X руб.
		СУММА:	X руб.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

Исполнитель обязуется:

- оказать медицинские услуги по лабораторной диагностике и доставке, согласованные в п.2 Договора-заказа, в соответствии с условиями заключенного Договора-заказа, а также применимыми Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи в течение 14 (четырнадцати) календарных дней и не позднее 24:00 от заключения договора-заказа. Сроки выполнения исследования могут быть изменены в случаях, установленных нормативно-правовыми актами РФ, иными обязательными требованиями. - сохранять конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/Пациента, а также факте обращения за медицинской услугой, кроме случаев, установленных законодательством. Исполнитель вправе без дополнительного согласия Заказчика привлекать третьих лиц к исполнению настоящего Договора-заказа.

Заказчик (пациент) обязуется:

- оплатить заказанные услуги в полном объеме в соответствии с п.4 Договора-заказа; - в целях исполнения Договора-заказа указать в нем достоверные сведения, включая паспортные данные, заполнить анкету на сайте Исполнителя; - обеспечить выполнение Пациентом требований к взятию биологического материала (согласно Правил самостоятельного взятия биоматериала, передаваемых Заказчику/Пациенту с расходными материалами для отбора первичной пробы), необходимых для качественного предоставления услуг Исполнителем. Стороны обязуются соблюдать требования действующего законодательства РФ в области охраны здоровья граждан, законодательства о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

Расчеты за медицинские услуги по настоящему Договору-заказу производятся Заказчиком в порядке предварительной 100% предоплаты. В соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ услуги, оказываемые Исполнителем, НДС не облагаются. Стоимость расходных материалов для отбора первичной пробы включена в стоимость услуг по Договору-заказу. В случае невозможности выполнения заказанных услуг, по согласованию с Заказчиком осуществляется повторное взятие биологического материала либо возврат стоимости фактически не выполненных услуг.

5. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Заключая настоящий Договор-заказ, Заказчик подтверждает следующее: - Заказчик/Пациент получил всю интересующую его информацию о заказанной услуге, квалификации Исполнителя; - Заказчик/Пациент уведомлен, что непредоставление достоверной и полной информации, несоблюдение требований к самозабору биологического материала, несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента; - Заказчик дает свое согласие и подтверждает согласие Пациента на обработку и хранение предоставленных персональных данных для исполнения настоящего Договора-заказа Исполнителем и привлеченными им третьими лицами, включая медицинские организации-соисполнители (в т.ч. ООО «ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ "АДВАНСТ БИОТЕСТ"), а также в случаях, установленных действующим законодательством РФ, с соблюдением требований федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на срок, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов; Заказчик/Пациент вправе отозвать согласие на обработку персональных данных путем направления в установленном законом порядке соответствующего уведомления Исполнителю;

- В случаях, когда Заказчик не является Пациентом, он подтверждает, что действует добросовестно, по указанию и с согласия Пациента на получение платной медицинской услуги по проведению исследований в соответствии с условиями

настоящего Договора-заказа, на получение Заказчиком результатов исследований Пациента. Заказчик самостоятельно отвечает перед Пациентом в случае нарушения им условий и предоставленных от имени пациента подтверждений, указанных в настоящем Договоре-заказе; - Заказчик/Пациент не возражает против использования Исполнителем в научных и исследовательских целях предоставленного им биологического материала без использования персональных данных пациента (в обезличенном виде).

6. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ. РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА-ЗАКАЗА ЯВЛЯЮТСЯ СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ!

Сообщение регистрационного номера Договора-заказа является подтверждением полномочий лица от сообщившего их Заказчика/Пациента на получение информации о результатах исследований. Исполнитель не несет ответственности, если в результате умышленных или неосторожных действий Заказчика/Пациента информация о номере Договора-заказа, и как следствие, о факте обращения за медицинской услугой, результатах исследований, станет доступной третьим лицам. Результаты исследования предоставляются после 100% оплаты оказанных услуг и могут быть получены следующими способами:

Способ получения результатов исследований:	Необходимые сведения для получения результатов, указанные в настоящем Договоре-заказе
По электронной почте	Адрес электронной почты
По Viber, Whatsapp, Telegram, др.	Номер мобильного телефона
По телефону контактного центра (495) 153-31-07	Регистрационный номер Договора-заказа + ФИО пациента + дата рождения пациента

При этом Заказчик подтверждает свое согласие на передачу информации в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет и принимает все риски несанкционированного доступа третьих лиц к используемому им электронному устройству и приложениям, а также к каналам передачи информации операторов сотовой связи. В случае заказа данной услуги, Заказчик дает свое согласие на получение посредством сервисов обмена сообщениями (Viber, Whatsapp, Telegram, др.) по предоставленным им контактными данными сообщений о готовности результата, а также рекламно-информационных материалов Исполнителя и партнеров, в том числе предложений о скидках и акциях. Заказчик имеет право отказаться от получения рекламно-информационных материалов либо от обработки предоставленных персональных данных в установленном законом порядке путем направления соответствующего уведомления Исполнителю/ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

Стороны несут ответственность по настоящему Договору-заказу в объеме и порядке, установленным действующим законодательством Российской Федерации. Все претензии Заказчика, Пациента, Законного представителя Пациента по настоящему Договору-заказу подлежат разрешению в установленном действующим законодательством РФ порядке. Требования, связанные с недостатками оказанной услуги, могут быть заявлены указанными лицами при принятии оказанной услуги или в ходе оказания услуги либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии оказанной услуги, в течение двух месяцев с момента оказания медицинской услуги Исполнителем.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

Настоящий Договор-заказ может быть изменен по соглашению Сторон, а также в случаях, установленных законодательством РФ. В случае отказа Заказчика после заключения Договора-заказа от получения услуг Исполнителя, Договор-заказ расторгается, при этом Заказчик обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору-заказу.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Клиника на Соколе» ИНН 7743261206, ОГРН 1187746571429 Юр. / Факт. адрес: 125315, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 76, корп. 3 Медицинская лицензия №ЛО-77-01-016694, выдана 19.09.2018г. Департаментом Здравоохранения г. Москвы <hr/> (подпись Еремеев Максим Владимирович)	ЗАКАЗЧИК: Пациент: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО Паспорт: СЕРИЯ НОМЕР, выдан XXXXXXXXXXXXXXXX Моб. тел: +7XXXXXXXXXX, E-mail: XXXXXXXX@XXXXXXX.XX Заказ составлен верно, данные Заказчика/Пациента указаны корректно, с Правилами оказания платных медицинских услуг Исполнителя ознакомлен <hr/> (подпись ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО)
--	--