Утверждено
Генеральный директор
Афанасьева Ольга Сергеевна

Приказ № 141 от 31.08.2026 г.

ПУБЛИЧНЫЙ ДОГОВОР (ОФЕРТА)
на оказание платных медицинских услуг в
ООО "Лечебно-диагностический центр "Разумед"

г. Казань «01» сентября 2026 г.

Настоящий публичный Договор (оферта) на оказание платных медицинских услуг (далее: «Договор», «Оферта») в порядке ст. 435, 437 Гражданского Кодекса РФ является публичной офертой ООО "Лечебно-диагностический центр "Разумед" (ООО "ЛДЦ "Разумед") в лице главного врача **Шаетовой Екатерины Вячеславовны,** действующего на основании доверенности № 3 от 01.12.2025 (далее – Исполнитель), обращенной к физическим лицам, которые принимают настоящую Оферту, в отношении оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара или при оказании разовой медицинской платной услуги и выражают намерение принять оферту и заключить договор на условиях, изложенных в настоящей оферте (договоре).

Физические лица, желающие принять (акцептировать) данную оферту (далее – Заказчик), в отношении себя или иных лиц (далее – Потребители) подписывают Заявление о принятии (акцепте) оферты на оказание платных медицинских услуг Исполнителем по форме, изложенной в Приложении к настоящему Договору.

Частичная или полная оплата услуг по договору или иные действия Заказчика, направленные на исполнение договора, также признаются акцептом (согласием на заключение договора) в силу пункта 43 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 года № 659.

Срок действия настоящей оферты устанавливается с 1 сентября 2026 года до момента ее официального отзыва или утверждения предложения (оферты) в новой редакции.

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

1. Общие положения

1.1.В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация ООО "Лечебно-диагностический центр "Разумед" (далее – ООО "ЛДЦ "Разумед") предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

2. Предмет Договора

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги, перечень, стоимость и конкретные сроки оказания которых определяются в Заявлении о присоединении к настоящему Договору (акцепте оферты) (Приложение № 1), являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора. Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2.2. Качество оказываемых по настоящему Договору платных медицинских услуг должно строго соответствовать требованиям законодательства РФ, в том числе порядкам оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.3. Подписывая Заявление о присоединении к настоящему Договору (акцепт оферты), Заказчик и Потребитель подтверждают, что они в доступной форме уведомлены о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий (по полису ОМС) в ином медицинском учреждении, и дают свое добровольное согласие на получение данных услуг на платной основе в ООО "ЛДЦ "Разумед" .

2.4. Медицинские услуги оказываются Исполнителем при условии оформления Потребителем (его законным представителем) в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ Информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство.

2.5. Заказчик может выступать в качестве Потребителя услуг либо действовать в интересах третьего лица (Потребителя), в пользу которого заключается настоящий Договор.

2.6. Сведения об исполнителе:

2.6.1. ООО "Лечебно-диагностический центр "Разумед";
юридический адрес: 420138, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, дом 53а, помещение 4;

2.6.2. телефон: +7(843)205-23-25;

2.6.3. адрес электронной почты: info@razumed.su;

2.6.4. ОГРН 1151690088505;

2.6.5. ИНН 1659163471;

2.6.6. лицензия № Л041-01181-16/00355823 от 24.08.2020; лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Республики Татарстан; лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

2.6.7. адреса мест осуществления лицензируемых видов деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
а) 420138, Республика Татарстан, г Казань, **ул. Юлиуса Фучика, д. 53А**,

при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; гематологии; генетике; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; медицинской статистике; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; При оказании специализированной, в том числе

высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; клинической лабораторной диагностике, колопроктологии; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); педиатрии; ультразвуковой диагностике; хирургии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

б) 420064, Республика Татарстан, г. Казань, **ул. Баки Урманче, д. 5**

при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; кардиологии; колопроктологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи

2.7. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с действующим законодательством РФ, информация о них размещена для ознакомления в доступной форме на информационных стендах (стойках касс) Исполнителя и на официальном сайте ООО "ЛДЦ "Разумед" в сети Интернет: https://razumed.su

2.8. Конкретный перечень оказываемых Потребителю услуг, их стоимость и конкретные сроки их предоставления (выполнения) указываются в Заявлении о присоединении к Договору, подтверждающем заключение Договора и выдаваемом Заказчику (Потребителю) на руки при совершении акцепта.

2.9. Оказание медицинских услуг сопровождается оформлением медицинской документации в соответствии с требованиями Минздрава РФ. В соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является подписание Потребителем (его законным представителем) Информированного добровольного согласия (ИДС) (Приложение № 3). Отказ Потребителя от подписания ИДС на конкретное медицинское вмешательство делает невозможным его осуществление Исполнителем. При этом Потребитель обязуется возместить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с подготовкой к оказанию данной услуги, если таковые имели место до момента отказа.

2.10. Потребитель и Заказчик информированы о том, что при оказании медицинской помощи, исходя из биологических особенностей организма человека, используемых медицинских технологий и специфики медицинского вмешательства, существует вероятность возникновения побочных эффектов, нежелательных реакций и осложнений, в том числе не связанных с качеством оказания услуг. Исполнитель гарантирует применение качественных, разрешенных к применению в РФ медицинских технологий, материалов и лекарственных средств, однако не несет ответственности за не достижение желаемого Потребителем эстетического или субъективного результата, если оказанная медицинская помощь соответствовала установленным стандартам и клиническим рекомендациям.

2.11. До подписания заявления о присоединении к договору (оферты) в письменной форме исполнитель информирует потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. **Указанное уведомление подписывается сторонами и является неотъемлемой частью договора** (оферты).

2.11. Оказание платных медицинских услуг с применением телемедицинских технологий (при их наличии в назначении врача) осуществляется строго в соответствии с порядками и правилами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.12. Одновременно с подписанием Заявления о присоединении и до начала оказания медицинских услуг, Потребитель предоставляет Исполнителю свои персональные данные (ФИО, паспортные данные, контактный телефон) и подписывает **отдельный документ — Согласие на обработку персональных данных Приложение № 2),** необходимый для надлежащего ведения Исполнителем медицинской информационной системы (МИС), идентификации Потребителя и оформления его медицинской карты.

2.13. Оказание платных медицинских услуг без предоставления Потребителем необходимых для заключения Договора достоверных персональных данных не проводится, за исключением случаев оказания услуг на условиях анонимности, предусмотренных настоящей Офертой и действующим законодательством РФ.

2.14. Потребитель имеет право на получение платных медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации (в том числе, когда установление личности пациента обязательно для выписки льготных рецептов, выдачи больничных листов или принудительного лечения). При анонимном оказании услуг Договор заключается со слов Потребителя (без предъявления документа, удостоверяющего личность), а в медицинской документации и Заявлении о присоединении вместо реальных персональных данных указываются данные, сообщенные Потребителем, с присвоением индивидуального идентификационного кода.

2.15. Ограничение анонимности при оказании услуг:

Потребитель имеет право на получение платных медицинских услуг анонимно (со слов) в случаях, предусмотренных законодательством РФ. Однако, в целях обеспечения безопасности пациента, преемственности лечения и соблюдения требований нормативно-правовых актов РФ, оказание платных услуг анонимно НЕ ДОПУСКАЕТСЯ (требуется строгое предъявление документа, удостоверяющего личность) в следующих случаях:

2.15.1. При оказании медицинских услуг, требующих медицинского вмешательства в условиях круглосуточного или дневного стационара, включая **плановые** хирургические операции и любые манипуляции с применением общей анестезии (наркоза) или седации.

2.15.2. При проведении медицинских осмотров, освидетельствований, экспертиз, а также при оформлении и выдаче официальных медицинских справок, заключений, медицинских книжек, санаторно-курортных карт, листков нетрудоспособности и иных юридически значимых документов.

2.15.3. При назначении (выписке рецептов) лекарственных препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, наркотических средств и психотропных веществ.

2.15.4. В иных случаях, установленных действующим законодательством РФ и приказами Минздрава РФ.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с заказом Потребителя, с лицензионными требованиями, положением об организации медицинской помощи, порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов, условиями договора, иными действующими в рамках оказываемых услуг нормативными документами (требованиями).

3.1.2. Оказать платные медицинские услуги по заказу Потребителя в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.1.3. При оказании платных услуг применять методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.4. Привлекать к оказанию платных медицинских услуг только специалистов, имеющих сертификат и (или) аккредитацию, дающих право на оказание определенного вида медицинских услуг.

3.1.5. Обеспечить Заказчика и Потребителя в установленном порядке путем размещения на информационных стендах (стойках) и на официальной странице в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу https://razumed.su информацией, предусмотренной п.п. 12-21 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, в том числе в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
3.1.6. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
3.1.7. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
3.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.
3.1.9. Немедленно извещать Потребителя и Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
3.1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях — на основании отдельно заключаемого договора.
3.1.11. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
3.1.12. После исполнения Договора без взимания дополнительной платы выдать Потребителю либо его законному представителю медицинские документы (выписки из медицинских документов, копии медицинских документов по требованию), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
3.1.13. Строго соблюдать **врачебную тайну** в соответствии со статьей 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
*Сведения о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (далее — Сведения, составляющие врачебную тайну), признаются конфиденциальными. Исполнитель обеспечивает защиту данных сведений от разглашения и доступа к ним третьих лиц, не имеющих на то законных оснований.
*Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, допускается исключительно:
- с письменного согласия Потребителя (его законного представителя), оформленного отдельным документом (Согласием на обработку персональных данных), в целях медицинского обследования и лечения Потребителя, проведения научных исследований, публикаций в научных изданиях, использования этих сведений в учебно-педагогическом процессе и в иных целях;
- без согласия Потребителя (его законного представителя) строго в случаях, прямо предусмотренных частью 4 статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ (включая запросы органов дознания и следствия, суда, в целях проведения военно-врачебной экспертизы, при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также в рамках обязательного обмена данными с ЕГИСЗ).

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Заказчика своевременной оплаты за оказанные по настоящему Договору услуги;
3.2.2. Привлекать для оказания платных услуг в рамках Договора третьих лиц (сторонние лаборатории и медицинские организации), обладающих необходимыми лицензиями, при условии соблюдения требований законодательства РФ о персональных данных и врачебной тайне в соответствии с разделом 4 настоящего Договора;
3.2.3. Приостановить оказание платных медицинских услуг или отказаться от исполнения конкретного медицинского вмешательства в случаях:
а. Отказа Потребителя оформить информированное добровольное согласие (ИДС) или информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства;
б. Выявления у Потребителя медицинских противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий;
Примечание: в случае неисполнения Потребителем предписаний лечащего врача, режима лечения или Правил внутреннего распорядка, лечащий врач имеет право отказаться от наблюдения и лечения пациента в порядке, установленном ст. 70 Федерального закона № 323-ФЗ, если этот отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих.
3.2.4. В случае отказа Потребителя от услуг, которые могли бы по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующий информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства;
3.2.5. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Заказчик обязан:
3.3.1. Оформить в кассе Заявление о принятии (акцепте) оферты на оказание платных медицинских услуг Исполнителем по форме, изложенной в Приложении к настоящему Договору;
3.3.2. Оплатить платные услуги (работы) в отношении Потребителя в порядке и сроки, установленные настоящим договором;
3.3.3. Обеспечить своевременную явку Потребителя для оказания ему платных услуг;
3.3.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения платных услуг и расторжения договора оплатить Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.4. Заказчик имеет право:
3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора;
3.4.2. Ознакомиться с Правилами предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 г. № 659, в том числе с информацией, предусмотренной пп. 12-21;
3.4.3. Получить документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца));
3.4.4. В любое время отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные до этого момента в целях исполнения настоящего договора.

3.5. Потребитель обязан:
3.5.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
3.5.2. Собственноручно оформить Информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство (или отказ от него), а также иные необходимые для исполнения Договора медицинские документы по требованию Исполнителя.

3.6. Особые условия и обязательства сторон
3.6.1. Исполнитель в соответствии с требованиями статьи 91.1 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Постановления Правительства РФ № 140 обязана осуществлять ведение медицинской документации в электронном виде и обеспечивать передачу сведений об оказанной медицинской помощи, сформированных электронных медицинских документов (СЭМД) в **Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)**.

3.6.2. Подписывая Заявление о присоединении (акцепте оферты), Потребитель подтверждает, что он уведомлен об указанной законной обязанности Исполнителя. Передача Исполнителем сведений в ЕГИСЗ (включая Реестр электронных медицинских документов — РЭМД) в рамках исполнения лицензионных требований и законодательства РФ осуществляется без дополнительного согласия Потребителя и не является нарушением режима врачебной тайны (в соответствии с п. 11 ч. 4 ст. 13 ФЗ № 323-ФЗ).

4.Стоимость платных услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом тарифов на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем в установленном порядке. Конкретный перечень оказываемых услуг и их стоимость фиксируются в Заявлении о присоединении к Договору, выдаваемых Заказчику (Потребителю).

4.2. Расчеты между Сторонами осуществляются в валюте Российской Федерации (рублях) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке с использованием национальных платежных инструментов (банковских карт), электронных средств платежа (в том числе Системы быстрых платежей / СБП), либо путем перечисления денежных средств на лицевой/расчетный счет Исполнителя.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Заказчиком (Потребителем) на условиях 100% предоплаты до начала оказания медицинской услуги, если **иной порядок не согласован Сторонами в Дополнительном соглашении.**

4.4. При оказании платных медицинских услуг, связанных с пребыванием Потребителя в условиях дневного или круглосуточного стационара (в том числе при размещении в палатах повышенной комфортности), по согласованию сторон допускается проведение окончательного расчета по факту завершения оказания платной медицинской услуги (в день выписки) с учетом фактически выполненных объемов медицинской помощи.

4.5. Исполнитель обязан выдать Заказчику (Потребителю) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанцию или иной бланк строгой отчетности установленного образца) непосредственно после совершения платежа в соответствии с законодательством РФ о применении контрольно-кассовой техники.

4.6. По требованию Потребителя (Заказчика) на оказание платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, может быть составлена смета (Приложение № 4). Составление сметы является обязательным, если в процессе оказания услуг их объем и состав не могут быть точно определены в момент заключения Договора.

4.7. Смета по соглашению Сторон может быть твердой или приблизительной. Если иное не указано в документе, смета считается твердой.

4.8. Исполнитель не вправе требовать увеличения твердой сметы, а Потребитель (Заказчик) — ее уменьшения, в том числе в случае, когда в момент заключения договора исключалась возможность предусмотреть полный объем необходимых услуг или расходов.

4.9. При возникновении необходимости превышения приблизительной сметы (в связи с выявлением в ходе лечения потребности в дополнительных медицинских вмешательствах) Исполнитель обязан своевременно и в письменной форме предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без получения письменного согласия Потребителя (Заказчика) на превышение сметы (оформляемого дополнительным соглашением или новой заявкой) Исполнитель не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе.

5. Возврат денежных средств и порядок рассмотрения претензий

5.1. В случае если платная медицинская услуга не была оказана по вине одной из Сторон либо по не зависящим от Сторон причинам, Потребителю (Заказчику) на выбор предлагается:

5.1.1. Перенести дату и время оказания услуги на другой период (в случае если невозможность оказания услуги вызвана временными техническими причинами, неисправностью оборудования, ненадлежащей подготовкой Потребителя к процедуре или его опозданием);

5.1.2. Оформить письменное заявление на возврат денежных средств за оплаченную, но не оказанную медицинскую услугу.

5.2. Возврат денежных средств осуществляется в наличной форме либо на банковскую карту (электронное средство платежа) Потребителя (Заказчика) в зависимости от того, каким способом была произведена исходная оплата услуги.

5.3. При расторжении Договора (отказе от услуги) по инициативе Заказчика/Потребителя, Исполнитель имеет право удержать сумму фактически понесенных им расходов, непосредственно связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору (в том числе затраты на индивидуальную подготовку к процедуре, если они имели место до момента получения отказа). Возврат денежных средств

производится в течение 10 (десяти) календарных дней с даты регистрации Исполнителем письменного заявления Потребителя (Заказчика) о возврате.

5.4. Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору споры путем переговоров. В случае возникновения конфликтной ситуации или неудовлетворенности качеством оказания услуг Заказчик (Потребитель) имеет право обратиться:

- лично к руководителю подразделения, в котором Потребителю оказывается платная услуга;
- лично к главному врачу;
- в форме письменного обращения к главному врачу по адресу Республика Татарстан, г. Казань, ул. Ю. Фучика 53а;
- в форме электронного обращения на адрес электронной почты: info@razumed.su
- в форме письменного обращения, оставив запись в «Книга отзывов и предложения».

5.5. В письменной претензии Заказчик (Потребитель) указывает свои ФИО, почтовый адрес (и/или адрес электронной почты) для направления ответа, суть жалобы (претензии), личную подпись и дату. К претензии могут быть приложены копии документов, подтверждающих доводы заявителя. Письменная претензия может быть передана лично в канцелярию Исполнителя в часы ее работы или направлена посредством почтовой связи заказным письмом.

5.6. Требования Потребителя (Заказчика), связанные с обнаружением недостатков оказанной медицинской услуги или нарушением сроков её оказания, рассматриваются Исполнителем в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» (10 календарных дней). Иные обращения граждан, не связанные с финансовыми требованиями и качеством медицинских услуг, рассматриваются Исполнителем в течение 30 дней со дня их регистрации в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан РФ». Ответ направляется заявителю по адресу, указанному в обращении.

6. Ответственность сторон и форс-мажор

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в порядке и объемах, предусмотренных законодательством РФ.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, а также за не достижение или ухудшение результата лечения, если это произошло вследствие:

6.3.1. Предоставления Потребителем (Заказчиком) недостоверной, неполной или несвоевременной информации о состоянии здоровья Потребителя, скрытия им фактов ранее перенесенных заболеваний, аллергических реакций, индивидуальных противопоказаний (в нарушение п. 3.5.1 настоящего Договора);

6.3.2. Нарушения Потребителем предписаний лечащего врача, режима лечения, неявки на запланированный прием или осмотр, а также невыполнения рекомендаций по подготовке к медицинскому вмешательству;

6.3.3. Возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Потребителя, при условии, что медицинская услуга была оказана Исполнителем с соблюдением установленных стандартов и клинических рекомендаций.

6.4. Убытки, причиненные Заказчику (Потребителю) в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий настоящего Договора, подлежат возмещению в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (в том числе стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, решения и нормативные акты органов государственной власти, находящиеся вне контроля Сторон).

7. Порядок изменения и расторжения Договора

7.1. Настоящий Договор-оферта может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Потребитель (Заказчик) вправе в любое время в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора (расторгнуть Договор) при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных к моменту расторжения медицинских услуг и возмещения Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с подготовкой к исполнению обязательств по Договору.
7.3. Исполнитель не вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору (расторгнуть Договор в одностороннем порядке), за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, или в случае возникновения у Потребителя медицинских противопоказаний, делающих невозможным оказание заявленных медицинских услуг. При возникновении медицинских противопоказаний Договор расторгается в части данных услуг, а внесенная предоплата за неоказанные услуги возвращается Потребителю (Заказчику) в соответствии с Разделом 6 настоящего Договора.
7.4. Изменения и дополнения к настоящему Договору, оформляемые при оказании дополнительных медицинских услуг в условиях стационара (Счет-спецификация, Дополнительное соглашение), совершаются в письменной форме и подписываются уполномоченными представителями Сторон. В остальной части Исполнитель вправе вносить изменения в Прейскурант и настоящую оферту в одностороннем порядке путем утверждения их приказом главного врача ООО "ЛДЦ "Разумед" и обязательного размещения обновленной редакции на официальном сайте и информационных стендах до вступления изменений в силу. При этом к уже оплаченным услугам применяются тарифы, действовавшие на момент совершения акцепта.

8. Прочие условия

8.1. В соответствии с пунктом 2 статьи 437 и пунктом 3 статьи 438 Гражданского кодекса Российской Федерации, подписание Потребителем (Заказчиком) Заявления о присоединении к настоящему Договору (акцепт оферты) равносильно заключению Договора на оказание платных медицинских услуг на условиях, изложенных в настоящей публичной оферте. Совершая акцепт, Заказчик и Потребитель подтверждают свой добровольный выбор ООО "ЛДЦ "Разумед" в качестве медицинской организации, а также полное и безоговорочное согласие с условиями настоящего Договора и всех приложений к нему.

8.2. Исполнитель по поручению Заказчика может оказывать немедицинские (сервисные, бытовые и иные сопутствующие) услуги, связанные с обслуживанием Потребителя в медицинской организации. Оказание таких услуг регулируется нормами Главы 39 Гражданского кодекса РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» и общими положениями настоящего Договора в части, не противоречащей существу немедицинских услуг.

8.3. Заявление о присоединении к настоящему Договору (акцепт оферты) оформляется в письменной форме. В случае если Заказчик и Потребитель являются разными лицами, Заявление составляется в 3 (трех) экземплярах, имеющих равную юридическую силу: по одному экземпляру для Исполнителя, Заказчика и Потребителя.

8.4. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем услуг, Заявление о присоединении к Договору составляется в 2 (двух) экземплярах: по одному экземпляру для Исполнителя и Потребителя (Заказчика).

8.5. Настоящий Договор-оферта вступает в силу с момента совершения Заказчиком (Потребителем) акцепта и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

1. Реквизиты ООО "ЛДЦ "Разумед"

ООО «Лечебно-диагностический центр «Разумед»
Юридический адрес: 420138, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, дом 53А, помещение 4
Фактический адрес: 420138, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, дом 53А
Фактический адрес: 420064, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Баки Урманче, дом 5
ИНН/КПП 1659163471/165901001
ОГРН:1151690088505
Р/счет: 40702810662000042814 в Отделение «Банк Татарстан» №8610 ПАО СБЕРБАНК
БИК: 049205603

Главный врач
_____/**Шаетова Екатерина Вячеславовна**

Приложение № 1
к Публичному договору (оферте)
на оказание платных медицинских услуг
ООО "ЛДЦ "Разумед"

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ
к Публичному договору (оферте) на оказание платных медицинских услуг
ООО "Лечебно-диагностический центр "Разумед" (АКЦЕПТ ОФЕРТЫ)

г. Казань «___» _____ *202_* **г.**

Я, нижеподписавшийся(ая):
Пациент:_____
[ФИО_Пациента], [Дата_рождения]
паспорт: серия_____ № _____, выдан _____, дата выдачи:_____, код подразделения:_____, зарегистрированный(ая) по адресу:_____,
телефон:_____
(заполняется, если договор заключается в интересах другого лица)
и/или Законный представитель/Заказчик_____
[ФИО_Представителя], [Дата_рождения]
паспорт: серия_____ №_____, выдан_____, действующий на основании: _____
настоящим Заявлением подтверждаю свое согласие и полностью, безусловно присоединяюсь к условиям **Публичной оферты ООО "ЛДЦ "Разумед",** утвержденной Приказом главного врача № __ от 31.08.2026 г. и размещенной в доступном для ознакомления месте на информационном стенде (стойке регистратуры), а также на официальном сайте **ООО "ЛДЦ "Разумед"** (https://razumed.su).

1. Подтверждение условий Договора

1.1. Настоящее Заявление является **акцептом Публичной оферты** (ст. 438 ГК РФ) и фиксирует заключение между мной и ООО "ЛДЦ "Разумед" договора об оказании платных медицинских услуг на условиях, изложенных в тексте Оферты.

1.2. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) с текстом Оферты, прейскурантом (ценами на услуги), перечнем оказываемых услуг, информацией о квалификации медицинских работников, графиком их работы и правилами внутреннего распорядка Клиники до подписания настоящего Заявления. Все условия мне понятны, я согласен(а) с ними в полном объеме.

2. Уведомление о возможности получения бесплатной медицинской помощи.

2.1. Настоящим я подтверждаю, что до заключения Договора (акцепта оферты) **уведомлен** ООО "ЛДЦ "Разумед" **о возможности получения медицинской помощи** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в рамках системы **ОМС**) в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2.2. Настоящим я подтверждаю, что мне понятны условия, порядок и форма получения бесплатной медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях. Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю **свое добровольное согласие** на получение медицинских услуг в ООО "ЛДЦ "Разумед" **на платной основе** за счет моих личных средств (или средств третьих лиц).

3. Уведомление о последствиях несоблюдения рекомендаций врача

3.1. Настоящим я уведомлен(а) ООО "ЛДЦ "Разумед" о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО "ЛДЦ "Разумед" (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

3.2. Я обязуюсь строго соблюдать предписания лечащего врача, график посещений, сообщать достоверные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях и известных мне аллергических реакциях.

_____/_____/

4. ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ, СТОИМОСТЬ И КОНКРЕТНЫЕ СРОКИ ОКАЗАНИЯ

Согласно настоящему Заявлению, Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие услуги:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость (руб.)	Конкретный срок (дата или период) оказания услуги
1				
2				
3				

Итого к оплате: _____рублей ____ копеек.

5. Настоящее Заявление составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.
6. **Подписи сторон**

От Исполнителя:_____ / _____ /
М.П.

Потребитель (Пациент):
С условиями Договора-оферты, перечнем услуг, ценой и конкретными сроками их оказания согласен.
Уведомление об ОМС получил.

_____ / _____ /
(подпись) *(ФИО)*

Заказчик (Плательщик): *(при наличии)*
С условиями Договора-оферты, стоимостью и порядком расчетов согласен. Обязуюсь оплатить услуги Исполнителя.

_____ / _____ /
(подпись) *(ФИО)*

Приложение № 2
к Публичному договору (оферте)
на оказание платных медицинских услуг
ООО "ЛДЦ "Разумед"

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента (потребителя)

г. Казань «___» _____ *202__* **г.**

Я, нижеподписавшийся(ая):
Пациент:_____г.р
паспорт: серия_____ № _____, выдан _____,
дата выдачи:_____, код подразделения:_____, зарегистрированный(ая) по
адресу:_____, телефон:_____
и/или Законный представитель / Заказчик:_____,
паспорт: серия_____ №_____, выдан_____,
действующий на основании: _____
в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Оператору — ООО "ЛДЦ "Разумед" (адрес: 420138, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Юлиуса Фучика, дом 53А, помещение 4) на обработку моих персональных данных (и/или данных представляемого лица):
1) фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
2) пол;
3) дата рождения;
4) адрес места жительства, адрес регистрации;
5) реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность);
6) реквизиты полиса ОМС/ДМС;
7) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
8) сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные исследования, при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
9) контактные данные (адрес электронной почты, номер контактного телефона).

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я, в интересах обследования и лечения, предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, должностным лицам Оператора, осуществляющим обработку персональных данных в силу своих должностных обязанностей, медицинским работникам медицинских организаций, с которыми Оператором заключен договор на оказание платных медицинских услуг, в рамках которого мне оказывается медицинская помощь.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам, а также путем передачи персональных данных (в том числе информацию, содержащую сведения о врачебной тайне), по телефону на номер, указанный Заказчиком, с целью согласования оказания мне медицинских услуг в случаях, предусмотренных договором (в случае если медицинские услуги оказываются в рамках такого договора).

Я даю свое добровольное согласие на использование в обезличенном виде моих данных о диагнозе; состоянии здоровья; анамнезе; результатах проведенных в отношении меня медицинских осмотров, освидетельствований, обследований, анализов и их результатов; информацию о ходе и способах моего лечения, применяемых препаратах и иную значимую медицинскую информацию для осуществления медицинскими работниками Оператора научно-исследовательской и образовательной деятельности.
Разглашение персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания и действует бессрочно.
Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:
• прекратить их обработку по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне до этого медицинских услуг;
• по истечении указанного выше срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить (стереть) все мои персональные данные, в том числе из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.
Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку Оператором моего контактного телефона, адреса электронной почты и почтового адреса, с целью информирования меня о предстоящем посещении врача, сроках оказания услуг, предоставления иных, связанных с исполнением договора на оказание медицинских услуг, сведений, в том числе результатов медицинского исследования, анализов, иную медицинскую документацию, путем предоставления соответствующей информации с помощью электронной почты, смс-информирования, почтовой рассылки (я уведомлен, что информация будет направлена по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Оператор не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам).

Я даю согласие, что в случае необходимости Общество вправе предоставить мои Персональные данные (Персональные данные представляемого мной лица), для достижения указанной выше цели третьим лицам: в Министерство здравоохранения Российской Федерации, в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации, в страховые компании, в клинико-диагностические лаборатории, операторам фискальных данных и иным организациям).
Вышеуказанные третьи лица имеют право на обработку моих Персональных данных (Персональных данных представляемого мной лица) на основании настоящего согласия.

Я даю согласие на получение от Оператора электронных чеков за оплаченные услуги.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной адрес электронной почты _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях.

Я даю согласие на получение от Оператора на указанный мной номер мобильного телефона _____ (указать в случае согласия) информационной рассылки о новостях, действующих акциях и специальных предложениях путем использования мессенджеров, уровень защиты которых соответствует требованиям действующего законодательства, путём SMS-рассылки.

Я прошу Оператора осуществлять пересылку результатов лабораторной и иной диагностики, а также результатов всех видов исследований, на указанный мной адрес электронной почты_____ (указать в случае согласия).

Я оповещен(а)о том, что информация обо мне и результаты исследования будут конфиденциальны и могут быть раскрыты только мне или моим официальным представителям или по запросу уполномоченных органов. Передача моих персональных данных в необезличенной форме иным лицам, кроме оговоренных выше, может осуществляться только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.
Настоящим согласием я разрешаю передавать и сообщать информацию о состоянии моего здоровья (в том числе результаты функциональной и иной диагностики, а также результаты всех видов исследований, произведенных в рамках вышеуказанного договора) следующим лицам:

_____
(указать Ф.И.О., контактные номера телефонов и электронной почты)

Содержание и последствия подписания настоящего согласия мне понятны. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы, все полученные ответы и разъяснения врача мне понятны.

Контактный телефон: +7_____
Адрес электронной почты: _____
Почтовый адрес: _____

_____ "___"_____ 2026 г.
(ФИО полностью)

Приложение № 3
к Публичному договору (оферте)
на оказание платных медицинских услуг
ООО "ЛДЦ "Разумед",

Информированное добровольное согласие (ИДС)
на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг
в ООО "ЛДЦ "Разумед",

г. Казань «___» _____ 202__ г.

Я, Потребитель (Пациент):_____«___» _____г.р.
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое добровольное согласие на проведение мне медицинского вмешательства (наименование услуги/манипуляции):

_____
в рамках исполнения Заявления-акцепта № _____ от «___» _____202_г.
к Публичному договору (оферте) на оказание платных медицинских услуг.
Медицинское вмешательство будет выполнено врачом (специалистом):

_____
1. Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
2. Я поставлен(а) в известность о том, что в процессе выполнения вмешательства или лечения, исходя из биологических особенностей моего организма, могут возникнуть непредвиденные побочные эффекты и осложнения, не связанные с качеством оказываемой услуги.
3. Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья (аллергические реакции, хронические заболевания, принимаемые препараты). Принимаю на себя ответственность за последствия, вызванные сокрытием данной информации.
4. Я подтверждаю, что принял(а) добровольное решение получить данные медицинские услуги на ПЛАТНОЙ основе за счет собственных средств (средств Заказчика), будучи предварительно и в доступной форме уведомленным(ой) о возможности получения данной медицинской помощи БЕСПЛАТНО по полису ОМС в рамках Программы госгарантий.
5. Мне разъяснено мое право в любой момент до начала медицинского вмешательства отказаться от него или потребовать его прекращения, оформив письменный отказ. При этом я обязуюсь возместить ООО "ЛДЦ "Разумед", фактически понесенные расходы.
Суть медицинского вмешательства и риски мне понятны. На процедуру согласен(на):

_____
(подпись и ФИО пациента Строка ниже заполняется Пациентом СОБСТВЕННОРУЧНО)

Подписи сторон:
Потребитель (Пациент): _____ / _____ /

Лечащий врач (Специалист): _____ / _____ /

Приложение № 4
к Публичному договору (оферте)
на оказание платных медицинских услуг
ООО "ЛДЦ "Разумед",

СМЕТА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(выдается на руки Пациенту / Потребителю)

Исполнитель: ООО "ЛДЦ "Разумед",
Пациент (Ф.И.О. полностью):
_____
Заказчик (если применимо):
_____

1. Перечень и стоимость медицинских услуг
Характер сметы (отметить нужное): [ ] твердая / [ ] приблизительная

№ п/п	Код услуги (по Прейскуранту)	Наименование медицинской услуги / манипуляции / расходного материала	Кол-во	Стоимость за ед. (руб.)	Всего (руб.)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
ИТОГО:					

Итоговая сумма к оплате: _____рублей ___ копеек.
(прописью)

2. Особые условия и согласование сторон
2.1. Настоящая смета составлена Исполнителем до начала оказания медицинских услуг, согласована Сторонами и является неотъемлемой частью Заявления.
2.2. В случае, если при предоставлении медицинских услуг возникла необходимость выполнения дополнительных манипуляций, не предусмотренных настоящей сметой, они оказываются только с предварительного письменного согласия Пациента (Заказчика) с оформлением дополнительного соглашения или новой сметы.
2.3. Если смета определена как *приблизительная*, Исполнитель обязан своевременно предупредить Пациента (Заказчика) о необходимости превышения стоимости, указанной в настоящей смете.
2.4. Пациент (Заказчик) подтверждает, что в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий (ОМС).

3. Подписи Сторон
От Исполнителя:
Врач / Уполномоченное лицо_____ / _____/
(подпись) (Ф.И.О.)

От Пациента (Заказчика):
С перечнем, объемом и стоимостью услуг ознакомлен и согласен.
_____ / _____/
(подпись) (Ф.И.О.)

«____» _____ *202__* г.