# ДОГОВОР ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЫ на оказание платных медицинских услуг

г. Казань

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет»,** **(свидетельство о государственной регистрации юридического лица: № 1021602841391, выдано 14.11.2002 г. МРИ ФНС №14 по РТ), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-16/00368974 от 13.05.2022 г., выданной Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по РТ (тел. (843) 292-54-37, адрес: 420021, Казань, ул.Нариманова, д.63),** в лице Главного врача медико-санитарной части федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Шигабутдинова Рината Равилевича , действующего на основании доверенности от 04.05.2023 №0.1-1.55-08/112, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Медицинская организация» и любое физическое правоспособное лицо, присоединившееся к данному договору, именуемое в дальнейшем «Пациент», действуя во взаимных интересах и на основании доброй воли сторон, заключили настоящий договор о нижеследующем:

# ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

* 1. В соответствии со ст. 435, 437 Гражданского кодекса Российской Федерации данный документ является публичной офертой, обращенной к физическим лицам, именуемым далее по тексту «Пациент», и является официальным, публичным, безотзывным предложением федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» к заключению договора на оказание платных медицинских услуг на указанных ниже условиях путем присоединения к нему.

Настоящий документ – публичная оферта, представляемая в целях ознакомления на информационном стенде или на странице <https://uniclinic.kpfu.ru> в сети Интернет, а также любыми другими способами, распространяется на каждого Пациента, который обращается за оказанием медицинских услуг. По требованию Пациента настоящий договор может быть предоставлен ему в печатной форме.

Акцепт оферты означает, что Пациент согласен со всеми положениями настоящего предложения, и равносилен заключению договора об оказании медицинских услуг с Медицинской организацией. Акцепт оферты выражается посредством проставления "галочки" Пациентом в соответствующей веб-форме (click-wrap-соглашение).

* 1. Настоящая редакция Договора-оферты действительна с момента утверждения локальным нормативно-правовым актом на весь период действия лицензии на осуществление медицинской деятельности.
  2. В соответствии с настоящим Договором Медицинская организация обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе телемедицинские услуги, включающие в себя устную консультацию врача, анализ жалоб Пациента и данных анамнеза (если имеется), оценку эффективности лечебно-диагностических мероприятий, принятие решения о необходимости проведения очного приема, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемой телемедицинской услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, экспресс обследования, а также выполнять требования Медицинской организации, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
  3. Медицинская организация обеспечивает Пациента необходимой и достоверной информацией, представляет медицинские услуги в соответствии с требованиями нормативных документов и стандартов, протоколами ведения больных, регламентирующих оказание медицинских услуг.
  4. Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны и здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», настоящим Договором и приложениями к нему. Акцептом настоящего Договора Пациент подтверждает, что он ознакомился с вышеуказанными документами и обязуется их соблюдать.
  5. Срок действия телемедицинской услуги 1 (один) месяц со дня внесения суммы, указанной в п. 3.2.

# УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

* 1. Медицинская организация оказывает услуги по настоящему Договору на сайте https://video.lk-abm.ru в сети Интернет.

# ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

* 1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом единовременно.
  2. Стоимость услуг указывается на сайте <https://uniclinic.kpfu.ru/> или в SMS-сообщение.

Стоимость услуг НДС не облагается в соответствии с пп. 2, пп.26 п.2 ст.149 НК РФ.

* 1. Оплата производится до оказания услуг на расчетный счет общества с ограниченной ответственностью «АК БАРС МЕДИЦИНА» (адрес: 420107, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 38, ОГРН 1081690011369) в соответствии с условиями заключенного сублицензионного договора между Медицинской организацией и ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА». Реквизиты для платежа: ООО «АК БАРС МЕДИЦИНА» 420107, РТ, г. Казань, ул. Островского, 38, Почт. адрес: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, д.1 корп. А ИНН 1655153049, КПП 165501001 р/с № 40702810500020004091 в ПАО «АК БАРС» банк г. Казань, к/с № 30101810000000000805 БИК 049205805 ОГРН 1081690011369, назначение платежа: «за телемедицинскую консультацию».

# ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

* 1. Медицинская организация обязуется:
     1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
     2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, медицинские технологии, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
     3. Осуществить предварительную запись Пациента на прием к специалисту по телефону или при обращении в Медицинскую организацию.
     4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию телемедицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских центров, имеющих с Медицинской организацией договорные отношения.
     5. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией (при наличии), отражающей состояние его здоровья.
  2. Медицинская организация вправе:
     1. При наличии свободного времени у специалиста осуществить прием Пациента без предварительной записи.
  3. Пациент вправе:
     1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования (если были представлены Пациентом), наличии заболевания, прогнозе, методах предполагаемого лечения, связанного с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
     2. Отказаться от дальнейшего исполнения Договора в случае несвоевременного или некачественного оказания медицинской услуги Медицинской организацией или отказа Медицинской организации от выполнения обязательств, предусмотренных настоящим Договором.
  4. Пациент обязуется:
     1. Выбрать удобные ему дату и время телеконсультации специалиста из имеющегося свободного времени в соответствии с расписанием приема специалистом.
     2. В случае невозможности явиться на прием известить о переносе записи не менее чем за 3 часа до начала приема.
     3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Медицинскую организацию о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.
     4. Предоставить Медицинской организации полную информацию и документы (копии документов), касающиеся состояния его здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего Договора и в течение его действия, если эта информация и документы могут повлиять на качество услуг Медицинской организации.
     5. Обеспечить техническую оснащенность перед проведением телеконсультации указанную в п 8.3 данного договора
     6. В случае отказа от исполнения настоящего Договора предоставить документы, подтверждающие факт оплаты суммы, указанной в п. 3.2 Договора.

# КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

* 1. Медицинская организация обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
  2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации по запросу правоохранительных органов и суда.

# ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

* 1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.
  2. Медицинская организация освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

# РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

* 1. Все претензии и споры, возникшие между Медицинской организацией и Пациентом, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, претензии и споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

# ТЕХНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ УСЛУГ

* 1. Услуги оказываются Пациенту дистанционным способом в режиме реального времени (онлайн) с использованием сервиса «Телемедицина», представляющий собой систему для общения с пациентами организаций и предоставляемый для использования в SaaS-версии без скачивания дистрибутива на интернет-сайте <http://tmk.akbarsmedicina.ru/> .
  2. Оказание услуг может осуществляться с использованием следующего оборудования Пациента: персональный компьютер, планшетный компьютер, мобильное устройство.
  3. Оборудование Пациента, с помощью которого планируется оказывать Услуги, должно соответствовать следующим требованиям:
     1. при использовании персонального компьютера:

# подключенная к компьютеру камера с разрешением не ниже 1024x720;

# подключенный к компьютеру микрофон;

# канал доступа в Интернет: не ниже 1 мбит/сек;

# операционная система: Windows 7 или выше, Mac OS;

# процессор: Intel Core i3 или выше;

# оперативная память: 4 GB;

# жёсткий диск минимум: 100 GB;

# браузер: Google Chrome: версия 70 и выше; Firefox: версия 73 и выше; Safari: версия 10.0.0.3 и выше; Яндекс Браузер: версия 17.4 и выше;

* + 1. при использовании мобильных устройств:

# наличие фронтальной камеры, микрофона;

# поддерживаемые версии IOS: 13.3 и выше;

# поддерживаемые версии Android: 6 и выше;

# оперативная память устройства: 2gb;

# канал доступа в Интернет не ниже 1 мбит/сек;

# браузер: Google Chrome: версия 70 и выше; Firefox: версия 73 и выше; Safari: версия 10.0.0.3 и выше; Яндекс Браузер: версия 17.4 и выше.

* + 1. В случае, если оборудование Пациента не соответствует указанным требованиям, оказание Услуг является невозможным.
  1. Пациент самостоятельно отвечает за соответствие указанным требованиям используемого им оборудования. Медицинская организация не несет ответственности за невозможность получения Пациентом Услуг, возникшую по технической причине.
  2. Для получения доступа к Услугам на устройстве Пациента должен быть установлен только браузер. Загружать какое-либо программное обеспечение на устройство Пациента не требуется.

# 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

* 1. Настоящий Договор вступает в силу с момента проставления "галочки" Пациентом в соответствующей веб-форме (click-wrap-соглашение) и оплаты суммы, указанной в п. 3.2, и действует до исполнения Сторонами всех обязательств.
  2. Сроки, установленные законодательными и нормативными актами Российской Федерации, под которые подпадают условия настоящего Договора, выполняются Сторонами в соответствии с законодательством и нормативными актами Российской Федерации.

# ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС И РЕКВИЗИТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

# Юридический адрес: 420008, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Кремлевская, 18;

# Место оказания медицинских услуг: 420043, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Чехова, 1а ,

# http://kfu.ilartech.com/

# Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-16/00368974 от 13.05.2022 г., выданной Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по РТ (тел. (843) 292-54-37, адрес: 420021, Казань, ул.Нариманова, д.63)

# ИНН/КПП 1655018018/165501001

# Телефон администратора (ресепшен) для записи, отмены и переноса визитов:

# +7 (843) 233-30-22

**Главный врач Шигабутдинов Р. Р.**

Приложение № 1

к Договору публичной

оферты (предложения)на оказание

платных медицинских услуг

1. **Согласие на обработку персональных данных**

1.1. Настоящим свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие Федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (юридический адрес: 420008, Россия, Республика Татарстан, ул. Кремлевская, д. 18, ИНН/КПП 1655018018/165501001, **лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-16/00368974 от 13.05.2022 г., выдана Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по РТ (тел. (843) 292-54-37, адрес: 420021, Казань, ул.Нариманова, д.63** (далее по тексту – «Медицинская организация»), и Обществу с ограниченной ответственностью «АК БАРС МЕДИЦИНА» (адрес: 420107, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 38, ОГРН: 1081690011369) (далее - «АК БАРС МЕДИЦИНА») на обработку своих персональных данных и\или данных Пациента, представителем которого я являюсь и в интересах которого заключается Договор публичной оферты на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту - «Договор»), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

1.2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.3. Целью обработки персональных данных является исполнение Договора. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации.

1.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество, данные документа удостоверяющего личность, день, месяц и год и место рождения, гражданство, адрес электронной почты, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках очного обращения в медицинские учреждения и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения Договора.

1.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий Договора, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (распространение) персональных данных.

1.6. Настоящее согласие дано на срок действия Договора.

1.7. Я уведомлен (а) о своем праве отозвать согласие, путем подачи в Медицинскую организацию и в АК БАРС МЕДИЦИНА письменного заявления. В случае отзыва мною согласия, Медицинская организация и АК БАРС МЕДИЦИНА прекращает обработку Персональных данных, а также обеспечивает прекращение такой обработки третьими лицами. Персональные данные подлежат уничтожению Медицинской организацией и АК БАРС МЕДИЦИНА по истечении сроков их хранения.

1. **Согласие на передачу информации, составляющей врачебную тайну**

2.1. Для целей исполнения Договора даю согласие на передачу Федеральному государственному автономному образовательному учреждению высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет» (юридический адрес: 420008, Россия, Республика Татарстан, ул. Кремлевская, д. 18, ИНН/КПП 1655018018/165501001, **лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-16/00368974 от 13.05.2022 г., выдана Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по РТ (тел. (843) 292-54-37, адрес: 420021, Казань, ул.Нариманова, д.63**) (далее по тексту – «Медицинская организация»), Врачу, оказывающему Услуги по Договору и Обществу с ограниченной ответственностью «АК БАРС МЕДИЦИНА» (адрес: 420107, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Островского, д. 38, ОГРН: 1081690011369), (в рамках Договора - Администратор Сервиса) информации о себе и\или Пациенте, представителем которого я являюсь и в интересах которого заключается настоящий Договор, составляющей врачебную тайну (информация о факте обращения Пациента или Пользователя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

1. **Согласие на обработку персональных данных и информации составляющей врачебную тайну**

3.1. Во исполнение положений пункта 7 Статьи 362 № 242 ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» даю согласие на обработку информации составляющей врачебную тайну и согласие на передачу и обработку своих персональных данных и данных Пациента, представителем которого я являюсь, партнерской компании Администратора сервиса, аккредитованному Удостоверяющему центру.

**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**

Я, настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения мной / лицом, представителем которого я являюсь (Пациент), письменной или устной Медицинской консультации, носящей рекомендательный характер, без постановки диагноза, в соответствии с условиями Договора.

Подписанием настоящего добровольного информированного согласия я подтверждаю, что мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. В частности, мне разъяснено и понятно, что:

1. Консультации с применением телемедицинских технологий осуществляются в целях:

• профилактики, сбора, анализа моих жалоб и данных анамнеза, оценки эффективности лечебно-диагностических мероприятий, медицинского наблюдения за состоянием моего здоровья;

• принятия решения о необходимости проведения очного приема (осмотра, консультации).

2. При проведении консультаций с применением телемедицинских технологий лечащим врачом может осуществляться коррекция ранее назначенного лечения при условии установления им диагноза и назначения лечения на очном приеме (осмотре, консультации).

3. Дистанционное наблюдение за состоянием моего здоровья назначается лечащим врачом после очного приема (осмотра, консультации).

Мне разъяснено, что Я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства, потребовать его (их) прекращения. Я осознаю, что в результате телемедицинской консультации лечащий врач может прийти к выводу о необходимости очного приема (осмотра, консультации). Я понимаю, что постановка диагноза на телемедицинской консультации невозможна, а коррекция ранее назначенного лечения возможна при условии установления диагноза и назначения лечения на очном приеме. Я понимаю, что предоставление врачу недостоверной информации, в отношении себя или лица, законным представителем которого я являюсь, о состоянии здоровья или ее скрытие, несоблюдение рекомендаций врача (в том числе о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях) и самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья и результатах телемедицинской консультации. Я полностью понимаю суть изложенного, мне даны ответы на все заданные мною вопросы, я не имею претензий к медицинскому работнику относительно доступности и объема предоставленной мне информации. Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Согласия в порядке, описанном в преамбуле Договора публичной оферты на оказание платных медицинских услуг.