

«УТВЕРЖДАЮ»  
Исполнительный директор  
АО «ЦРН «ОТОФОН»

\_\_\_\_\_  
О.Г. Хмелев  
«27» июня 2017 г.

**Приложение № 1**  
к приказу № 5 от «27» июня 2017 г.

## **ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА (ПРЕДЛОЖЕНИЕ)**

**на предоставление медицинских услуг в ЦЕНТРЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСЛЫШАЩИХ «ОТОФОН» и его обособленных подразделениях.**

### **1. Общие положения.**

В соответствии со статьёй 437 Гражданского кодекса Российской Федерации данный документ, адресованный физическим лицам, именуемым далее по тексту «Заказчик», является официальным, публичным и безотзывным предложением Акционерного общества «ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСЛЫШАЩИХ «ОТОФОН», именуемого далее по тексту «Исполнитель» в лице Исполнительного директора Хмелева Олега Геннадьевича, действующего на основании Устава, заключить договор на указанных ниже условиях.

Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Заказчиком первой оплаты предложенных Исполнителем медицинских услуг в порядке, определённом в разделе 4 настоящего приложения (статья 438 ГК РФ).

Акцепт оферты означает, что Заказчик согласен со всеми положениями настоящего предложения и равносителен заключению договора об оказании медицинских услуг.

Срок действия настоящей оферты устанавливается с «27» июня 2017 года на весь период действия лицензии на осуществление медицинской деятельности.

### **2. Предмет договора.**

Согласно настоящему Договору Исполнитель на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности обязуется оказывать Заказчику медицинские работы (услуги) согласно Прейскуранту цен, действующему на момент оказания услуг.

Настоящий Договор предусматривает оказание Заказчику медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

Прейскурант публикуется на сайте организации и представлен в каталогах.

Процесс предоставления медицинских услуг в медицинском центре осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Оказание медицинской помощи осуществляется медицинским персоналом. Объёмы медицинских услуг определяются медицинским персоналом в соответствии с медицинскими показаниями.

Оплата медицинских услуг подтверждает факт ознакомления с текстом настоящего договора и приложениями к нему, а также удостоверяет безоговорочное принятие всех его условий (в том числе, указанных в приложениях). Оплата медицинских услуг Заказчиком в дальнейшем лишает его права ссылаться на его персональное несогласие с условиями настоящего договора и приложений к нему, а также отсутствие его информированности о правах и обязанностях сторон в рамках исполнения настоящего договора.

Исполнитель предоставляет медицинские услуги, использует оборудование и материалы, разрешённые к применению на территории Российской Федерации.

### **3. Условия и порядок оказания услуг.**

Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих предоставление медицинских услуг.

Срок исполнения обязательств Исполнителя по настоящему договору определяется временем, необходимым для выполнения предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Услуги считаются выполненными и принятыми, а договор исполненным с момента подписания акта приёма-сдачи выполненных услуг (Приложение № 4).

Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего договора он полностью проинформирован Исполнителем о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении него в данном медицинском учреждении. Настоящий договор подтверждает добровольное согласие Заказчика на получение вышеназванных медицинских услуг. Исполнитель гарантирует, что Заказчику предоставлены все интересующие его сведения об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления и получения Заказчиком, сведения о квалификации и сертификации специалистов участвующих в оказании медицинских услуг непосредственно Заказчику по настоящему договору, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя. Заказчик проинформирован о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения Заказчиком данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

Предоставление платных медицинских услуг производится непосредственно в помещениях медицинского центра или в медицинских учреждениях, состоящих в договорных отношениях с Исполнителем. Платные медицинские услуги оказываются в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и доводятся до сведения Заказчика.

Предоставление платных медицинских услуг производится в порядке предварительной записи на приём. Предварительная запись пациента на приём осуществляется по телефону, путём личного обращения в медицинский центр, или через сайт Исполнителя - [www.otofon.ru](http://www.otofon.ru).

Заказчик предупреждён, что ему не будет оказана медицинская услуга, если он находится в состоянии опьянения (наркотического, алкогольного, токсического) или при наличии противопоказаний.

Акт приёма-сдачи выполненных услуг подтверждает факт предоставления услуг только при наличии в нём подписи работника Исполнителя (специалиста), непосредственно оказавшего услугу и подписи Заказчика.

Результаты исследования и иных медицинских манипуляций, выполненных медицинским персоналом Исполнителя по настоящему договору, выдаются на руки Заказчику лишь после оформления им акта выполненных работ.

#### **4. Права и обязанности Заказчика.**

##### **Заказчик имеет право:**

до заключения настоящего договора и после получать от Исполнителя информацию о сущности диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в отношении него в данном медицинском центре, об основных потребительских свойствах оказываемых Заказчику медицинских услуг, их стоимости, об условиях и порядке их предоставления, а так же получения, сведений о квалификации и сертификации специалистов, которые будут оказывать медицинские услуги непосредственно Заказчику по настоящему договору, о возможных неблагоприятных последствиях, с которыми может столкнуться Заказчик при получении медицинских услуг не по вине Исполнителя, о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а так же о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Заказчика, которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения, о требованиях нормативных актов по предоставлению платных медицинских услуг, условиях предоставления этих услуг, о лицензии на осуществление медицинской деятельности и другую информацию относительно оказываемых услуг по настоящему договору.

При несоблюдении медицинским центром согласованных сроков исполнения услуг Заказчик по своему усмотрению вправе:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков;

Использовать по согласованию с врачом медикаменты, препараты и другие средства для исполнения медицинской услуги, приобретённые на личные средства Заказчика.

Предъявлять требования о возмещении убытков, причинённых неисполнением условий договора по вине Исполнителя, либо об обоснованном возврате денежных средств за не оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (предъявление документа удостоверяющего личность Заявителя, заявления с указанием фамилии, имени, отчества Заявителя, адреса регистрации Заявителя, его контактных телефонов и причин возврата, акта приёма-сдачи выполненных услуг). До возврата денежных средств Заявителю, Исполнитель в течение десяти дней проверяет обоснованность заявленного требования. Возврат денежных средств производится в соответствии с требованиями нормативных документов, регламентирующих порядок ведения кассовых операций.

Быть ознакомленным со следующей информацией и документами:

- свидетельством о государственной регистрации юридического лица;

- лицензией на осуществление медицинской деятельности;
- преискурантом;
- режимом работы медицинского учреждения;
- сведениями о квалификации и сертификации специалистов;
- иными документами в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

По требованию Заказчика данный договор может быть предоставлен ему в печатной форме вместе с выпиской из преискуранта услуг за определённый период.

По требованию Заказчика в момент оплаты услуги и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Исполнитель предоставляет ему документы, дающие право на получение налогового вычета из подоходного налога в размере суммы, уплаченной им за оказанные медицинские услуги.

**Заказчик обязан:**

Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (о перенесённых и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведённом ранее обследовании и лечении, об аллергических реакциях и других обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг).

Предоставлять специалистам Заказчика для ознакомления имеющуюся в наличии медицинскую документацию и результаты проведённых ранее медицинских исследований.

Ознакомиться с Приложениями к настоящему договору, являющимися его неотъемлемой частью, а именно:

- приложением № 1 к договору «Согласие на обработку персональных данных»;
- приложением № 2 к договору «Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе»;
- приложением № 3 к договору «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»

Своевременно оплачивать Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим договором.

По завершении медицинской услуги подписать Акт приёма-сдачи выполненных услуг (Приложение №4 к договору).

Прибыть на приём в назначенное время при осуществлении предварительной записи.

Заблаговременно информировать Исполнителя о невозможности прибыть на приём вследствие непреодолимых обстоятельств, сообщив об этом по телефону.

Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

Соблюдать общественный порядок и указания медицинского персонала при нахождении в помещениях Исполнителя.

## **5. Права и обязанности Исполнителя.**

### **Исполнитель имеет право:**

Самостоятельно определять характер и объём исследований, манипуляций и мер профилактики, необходимых для установления диагноза и лечения пациента.

В случае непредвиденного отсутствия врача в день, назначенный для приёма или медицинского вмешательства (исследования), назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации, или согласовать с Заказчиком другое время приёма или проведения медицинского вмешательства (исследования).

В случае опоздания Заказчика на назначенный приём более чем на 15 минут, отменить приём или медицинское вмешательство, или перенести его на другое время.

По своему усмотрению изменять прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора.

Привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному договору.

В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследования, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи Заказчику, в том числе и не предусмотренной договором.

В случае нарушения Заказчиком предписаний, рекомендаций и назначений врача(ей), расторгнуть настоящий договор с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Заказчика и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Заказчика.

### **Исполнитель обязан:**

Обеспечить Заказчика информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме его работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о лицензии на осуществлении медицинской деятельности, о квалификации и сертификации специалистов.

В ходе оказания услуги проинформировать Заказчика о необходимости изменения способа, метода оказания услуги.

Оказывать услуги в сроки, согласованные с Заказчиком.

Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

## **6. Условия оплаты и порядок расчётов.**

Настоящий договор предусматривает оказание Заказчику медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом на момент получения услуг.

Расчёт за медицинские услуги производится на условиях 100% предоплаты.

Оплата осуществляется в кассе медицинского центра на основе бланка-талона «Запись на оказание медицинских услуг» и посредством оформления чека ККМ или бланка строгой отчетности.

В случае невозможности исполнения договорных обязательств одной из сторон, или невозможности их исполнения в заявленном объёме, Исполнитель по письменному заявлению Заказчика производит возврат денежных средств за исключением стоимости фактически уже оказанных услуг.

## **7. Конфиденциальность.**

Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении настоящего договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам, или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

Стороны обязуются соблюдать режим безопасности для персональных данных и истории болезни пациента при обработке такой информации, а также принимать все необходимые меры для предотвращения разглашения такой информации.

## **8. Ответственность сторон.**

8.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

8.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора по основаниям, предусмотренным законодательством РФ, а также по причине нарушения его условий Пациентом, в том числе, в случаях, если:

8.2.1. проявились осложнения, связанные с тем, что Пациент не предоставил специалистам полную и достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях;

8.2.2. в соответствии с потребностями лечебно-диагностического процесса, и/или для предотвращения возможных осложнений Пациенту были назначены дополнительные методы диагностики и/или лечения, но Пациент не выполнил эти назначения;

8.2.3. осложнения наступили из-за несоблюдения врачебных рекомендаций;

8.2.4. вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

## **9. Прочие условия.**

9.1. Настоящий договор и приложения к нему, являющиеся его неотъемлемой частью:

- приложение № 1 к договору «Согласие на обработку персональных данных»;
- приложение № 2 к договору «Информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе»;
- приложение № 3 к договору «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»;
- приложение №4 к договору «Акт приема- сдачи выполненных услуг АО «ЦРН «ОТОФОН»»;
- приложение №5 к договору «Прейскурант цен на медицинские услуги АО «ЦРН «ОТОФОН»»;

составлены на русском языке и размещены Исполнителем на информационных стендах медицинских центров и на сайте [www.otofon.ru](http://www.otofon.ru) как публичная оферта в соответствии с пунктом 2 статьи 437 Гражданского кодекса РФ.

9.2. Медицинская услуга признаётся ненадлежаще оказанной, если специалистами Исполнителя были предприняты ненадлежащие или не предприняты надлежащие профессиональные действия, либо эти действия осуществлены не должным образом, не в должном объёме, либо не в должный срок, что подтверждается соответствующими доказательствами, в т.ч. заключением независимой экспертизы.

9.3. Отсутствие ожидаемого Заказчиком результата, если специалистами Исполнителя были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиям настоящего договора, не является основанием для признания услуги не надлежаще оказанной.

9.4. Права и обязанности Заказчика, предусмотренные условиями настоящего договора, распространяются на Заказчика в объёме, определённом действующим законодательством в случае заключения договора третьим лицом в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного лица.

9.5. Все неурегулированные настоящим договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ.

## **10. Адреса и реквизиты сторон.**

### **Исполнитель:**

Юридический адрес: 105203, Москва, ул. Первомайская Нижн., д. 47, эт. 1, пом. VI, ком. 10А

Тел. (495) 465-06-13, 465-19-46, 465-17-40

Фактический и почтовый адрес: тот же

ИНН 7710227175/ КПП 771901001

Р/с № 40702810697430000068 Московский филиал ПАО «РОСБАНК»,

к/с № 30101810000000000256

БИК 044525256

ОКПО 45911348

ОКОНХ 14329

ОГРН 1027739739312

e-mail: [otofon@otofon.ru](mailto:otofon@otofon.ru)

сайт: [www.otofon.ru](http://www.otofon.ru)

Лицензия на медицинскую деятельность № **ЛО-77-01-009493** от **18.12.2014** г.

Исполнительный директор АО «ЦРН «ОТОФОН»

Хмелев Олег Геннадьевич

Главный бухгалтер

Ботагова Марина Николаевна

Заказчик: \_\_\_\_\_

## Приложение № 1

Согласие на обработку персональных данных к публичной оферте от «27» июля 2017г.

Я, \_\_\_\_\_ зарегистрирован(а) по

адресу: \_\_\_\_\_, паспорт № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ настоящим даю согласие на обработку моих персональных данных АО «ЦРН «ОТОФОН» (далее Учреждение) в целях создания условий на получение медицинской помощи и осуществления контроля над её объёмом и качеством.

Перечень персональных данных, на обработку которых даётся согласие: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, номер полиса ДМС, номер домашнего и мобильного телефона, место работы, место жительства и другие персональные данные, полученные Учреждением при оказании медицинской помощи.

Настоящим предоставляю Учреждению право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными: систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации, в случае официального запроса в интересах пациента), обезличивание, блокирование, уничтожение.

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

Настоящее согласие действует бессрочно, если иное не указано ниже, и может быть отозвано мною путём направления в адрес Учреждения соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путём вручения лично под расписку уполномоченному представителю Учреждения.

Пациент (подпись) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## Приложение № 2

Информированное добровольное согласие (ИДС) пациента на получение медицинских услуг на платной основе в АО «ЦРН «ОТОФОН» к публичной оферте от «27» июня 2017 г.

Я, \_\_\_\_\_, уполномочиваю АО «ЦРН «ОТОФОН» оказать мне медицинские услуги на основании Публичной оферты (предложения) от «27» июня 2017г. на платной основе. Я понимаю необходимость проведения указанной манипуляции (процедуры). Мне полностью ясно, что во время проведения указанной манипуляции (процедуры) или после её проведения могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения).

Я, уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях обследования и (или) лечения, а так же в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Я согласен на получение медицинских услуг на платной основе.

Я удостоверяю, что текст моего ИДС на получение медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моём диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_.

Пациент (подпись) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Приложение № 3

Информированное добровольное согласие (ИДС) пациента на медицинское вмешательство.

Я, находясь на обследовании и лечении в ЦРН «ОТОФОН» в соответствии с выбранным мною планом обследования и лечения даю добровольное согласие на проведение следующих возможных исследований (манипуляций) на возмездной основе:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
3. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
4. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические.
5. Функциональные методы обследования, в том числе аудиометрия, импедансометрия, тимпанометрия.

Я лично, в полном объёме получил разъяснения по виду, характеру и объёму планируемого вмешательства (исследования) и связанных с ним возможных осложнений, медико-социальных и психологических последствиях.

Информирование меня имело предварительный характер, у меня было достаточно времени на размышления относительно предложенного варианта вмешательства (исследования). У меня больше нет вопросов после того, как мне были даны исчерпывающие и понятые мной ответы.

Я задал все интересующие меня вопросы в отношении состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Мне понятно, что ухудшение состояния моего здоровья может возникнуть и после оказания медицинской услуги, но не как её следствие.

Меня проинформировали о правильном режиме поведения во время обследования и лечения.

Я знаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблениях алкоголем или наркотическими веществами.

Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа и согласен с ними. Подписывая данный документ, я даю согласие на медицинское вмешательство (исследование) и прошу врача и персонал медицинского центра о её проведении. Я принимаю на себя ответственность за моё решение подвергнуться медицинскому вмешательству (исследованию).

Пациент (подпись) \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

#### Приложение № 4

Акт приёма-сдачи выполненных услуг АО «ЦРН «ОТОФОН» от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201 г.

№	Наименование услуги	Код услуги	Количество
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объёму, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель: врач \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Заказчик: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## Приложение 5

Прейскурант на медицинские услуги, выполняемые в ЛОР-кабинете «ЦРН «ОТОФОН»

	Первичный осмотр, консультация врачом-специалистом	1500 руб.
	Аудиометрия	1000 руб.
	Подбор слухового аппарата детям	4000 руб.
	Подбор слухового аппарата взрослым	2500 руб.
	Импедансометрия	900 руб.
	Тимпанометрия	800 руб.