

ПУБЛИЧНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

I. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ПУБЛИЧНОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В соответствии со статьей 437 Гражданского кодекса Российской Федерации настоящий документ является публичным предложением (офертой) Общества с ограниченной ответственностью «Линзмастер» (адрес места нахождения: Россия, 111250 г. Москва, проезд Завода Серп и Молот, д. 6, корп. 1, ОГРН 1027739829281, ИНН 7707245632 КПП 772201001), именуемого в дальнейшем Исполнитель, имеющего выданную Департаментом здравоохранения города Москвы (телефон и адрес места нахождения Департамента: 8(499)251-83-00, адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д.43) лицензию на осуществление медицинской деятельности № _____ г., в лице Генерального директора Гийома, Жана, Тьерри Бруве, действующего на основании Устава, **заклучить настоящий договор на оказание платных медицинских услуг, именуемый в дальнейшем Договор**, с физическим лицом (далее по тексту Заказчик), отозвавшимся на настоящее Публичное предложение (далее по тексту Предложение) и принявшим его в порядке, определенном в настоящем Предложении, на условиях, определенных в настоящем Предложении.

Срок действия настоящего Предложения: с **01.01.2016 г.** до момента его официального отзыва или утверждения Предложения в новой редакции.

Принятие настоящего Предложения (акцепт) осуществляется путем подачи заявления Заказчика по установленной форме в соответствии с Приложением № 1 к настоящему Предложению. Форма Заявления Заказчика размещена на официальном сайте <http://www.lensmaster.ru/>, в Уголках потребителя во всех обособленных подразделениях Исполнителя.

Настоящее Предложение действует во всех обособленных подразделениях Исполнителя – салонах оптики «Линзмастер».

II. УСЛОВИЯ ДОГОВОРА, ЗАКЛЮЧАЕМОГО В СООТВЕТСТВИИ С НАСТОЯЩИМ ПУБЛИЧНЫМ ПРЕДЛОЖЕНИЕМ

Термины и определения, используемые в настоящем Договоре

- **Заказчик** – физическое лицо, в возрасте 18 лет и старше, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Пациента.
- **Законный представитель несовершеннолетнего** – родители, опекуны, усыновители, попечители, а также государственная власть в лице органов опеки и попечительства.
- **Контактная линза** – линза, представленная для ношения на передней поверхности глазного яблока.
- **Корректирующие очки** – очки, предназначенные для коррекции зрения, изготавливаемые в соответствии с требованиями действующего ГОСТа на корректирующие очки.
- **Медицинские услуги** - услуги, определенные действующей Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ, указанные в действующем Ценнике-прейскуранте и/или иных документах Исполнителя.
- **Пациент** – физическое лицо, в возрасте от 14 лет и старше, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором.

- **Средства коррекции зрения** – корригирующие очки, контактные линзы, средства для коррекции слабовидения (лупы, телескопические очки и т.д.)
- **Средства по уходу за контактными линзами** – растворы, предназначенные для хранения и дезинфекции контактных линз, улучшения переносимости контактных линз.
- **Персональные данные пациента** – фамилия, имя, отчество, пол, дата, рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья пациента.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Заказчик поручает Исполнителю оказывать Пациенту медицинские услуги по подбору средств коррекции зрения, а Заказчик обязуется оплачивать эти услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель гарантирует, что оказываемые по настоящему Договору медицинские услуги отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, и оказываются на основании лицензии, выданной уполномоченным государственным органом.

2. Права и обязанности сторон

2.1. При оказании медицинских услуг Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, действующим на территории РФ.

2.1.2. Предоставить Пациенту информацию, включающую в себя сведения о месте нахождения и режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о наличии лицензии на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3. По результатам оказания медицинских услуг выдавать Пациенту рецепт на средство коррекции зрения и/или рекомендации по охране зрения. При этом форма рецепта и/или рекомендаций по охране зрения (бумажный носитель, магнитный носитель и т.п.) соответствует требованиям действующего законодательства и условиям, существующим у Исполнителя в период оказания медицинской услуги.

2.1.4. Обеспечить сохранение в тайне информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при оказании ему медицинских услуг.

2.2. При получении медицинских услуг Пациент обязуется:

2.2.1. Сообщать все необходимые сведения, требуемые Исполнителю для оказания медицинских услуг, в том числе:

- персональные данные, необходимые для ведения медицинской документации;
- информацию о состоянии своего здоровья, об имеющихся хронических и инфекционных заболеваниях, оперативных вмешательствах на органах зрения, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход оказания медицинских услуг;
- информацию об используемых ранее средствах коррекции зрения (корригирующих очках, контактных линзах и т.д.) и средствах по уходу за ними;

- сведения об осложнениях, возникших при ношении контактных линз, нарушениях сроков замены и режима ношения контактных линз, нарушениях правил хранения, обработки и дезинфекции контактных линз.
- 2.2.2.** Выполнять назначения и рекомендации Исполнителя, в том числе и после получения медицинской услуги.
- 2.2.3.** Бережно относиться к имуществу Исполнителя.
- 2.2.4.** Предоставлять Исполнителю согласие на обработку, передачу и использование персональных данных в целях исполнения настоящего Договора.
- 2.2.5.** Подписывать «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации»
- 2.3. При исполнении настоящего Договора Заказчик обязан:**
- 2.3.1.** Своевременно оплачивать оказываемые Пациенту услуги согласно положениям настоящего Договора.
- 2.3.2.** Заказчик предоставляет свое согласие на обработку персональных данных, полученных Исполнителем в рамках настоящего Договора, для целей исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору и предоставления их Пациенту в целях исполнения требований действующего законодательства, а также третьим лицам, которые уполномочены Исполнителем осуществлять обработку персональных данных в связи с технической необходимостью исключительно в медицинских целях.
- 2.4. При получении медицинских услуг Пациент имеет право:**
- 2.4.1.** Получать квалифицированные медицинские услуги в рамках действующего режима работы во всех салонах оптики «Линзмастер» - обособленных подразделениях Исполнителя.
- 2.4.2.** Получать информацию о ходе оказания медицинских услуг в доступной для него форме.
- 2.4.3.** Выбирать врача-офтальмолога/медицинского оптика-оптометриста из числа медицинских работников Исполнителя.
- 2.4.4.** Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.
- 2.4.5.** Обращаться к Исполнителю с претензией (жалобой) на недостатки предоставленной медицинской услуги в соответствии с действующим Законодательством РФ. Рекомендуемый срок обращения с претензией - 3 месяца со дня оказания медицинской услуги.
- 2.5. При оказании медицинских услуг Исполнитель имеет право:**
- 2.5.1.** Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на оказание медицинской услуги.
- 2.5.2.** Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей соответствующей квалификации, при этом Исполнитель остается ответственным в полном объеме за исполнение обязательств по настоящему Договору.
- 2.5.3.** Отказаться от исполнения настоящего Договора и расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке при нарушении Пациентом предписаний и рекомендаций медицинских специалистов Исполнителя.
- 3. Условия и порядок предоставления услуг**
- 3.1.** Исполнитель оказывает медицинские услуги Пациенту силами квалифицированных специалистов, сведения о сертификации которых

предоставляются Пациенту по его требованию, в рамках действующего режима работы во всех Обособленных подразделениях Исполнителя.

3.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 15 лет в присутствии Законного представителя.

3.3. Результатом и фактом, подтверждающим оказание медицинской услуги, является выписанный рецепт на средство коррекции зрения и/или рекомендации по охране зрения и/или запись в Журнале учета пациентов.

3.4. Сроки оказания медицинских услуг определяются исходя из объема профилактических и диагностических мероприятий, предусмотренных регламентирующими медицинскую деятельность нормативными документами, с учетом режима работы Исполнителя.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Цена на медицинские услуги формируется Исполнителем самостоятельно и указывается в Ценнике-прейскуранте. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на дату Ценником-прейскурантом Исполнителя, условиями действующих рекламных акций и специальных предложений Исполнителя, условиями действующих рекламных акций и специальных предложений Исполнителя и/или иными документами Исполнителя, отражается в кассовом чеке. НДС не облагается согласно п.п. 2 п. 6 ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации. Ценник-прейскурант, размещенный на официальном сайте Исполнителя, содержит информацию о стоимости услуг на текущую дату.

4.2. Заказчик на момент подписания настоящего Договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

4.3. Заказчик оплачивает полную стоимость медицинских услуг, оказанных Пациенту, после получения услуг путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Оплата медицинских услуг может производиться Заказчиком наличными деньгами, подарочной картой, в безналичном порядке с использованием банковской карты или иным, определенным Исполнителем способом.

4.4. В случае возврата Заказчику денежных средств, уплаченных за медицинские услуги, Исполнитель использует такую же форму оплаты, какую использовал Заказчик при оплате, либо иную форму в соответствии с действующим законодательством.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств, вытекающих из настоящего Договора.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты и последствия оказания услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций Исполнителя.

6. Срок действия договора

Настоящий Договор вступает в силу с момента получения Исполнителем Заявления Заказчика, действует в течение следующих 12 (двенадцати) месяцев. Если ни одна из Сторон не заявит письменно о намерении прекратить настоящий Договор не позднее, чем за 10 (десять) дней до даты прекращения Договора, то настоящий Договор считается пролонгированным на каждые последующие 12 (двенадцать) месяцев на тех же условиях. Количество пролонгаций не ограничено.

7. Порядок изменения и расторжения договора

- 7.1.** Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящим Договором.
- 7.2.** Заказчик уведомлен и согласен с тем, что в условии Договора Исполнителем в одностороннем порядке могут быть внесены изменения в части реквизитов лицензии на осуществление медицинской деятельности, стоимости и перечня медицинских услуг путем размещения новой редакции публичного предложения о заключении договора на оказание платных медицинских услуг на официальном сайте Исполнителя <http://www.lensmaster.ru/> и в Уголке потребителя во всех обособленных подразделениях Исполнителя. Условия, изложенные в новой редакции публичного предложения, применяются к Договору с момента их вступления в силу.

8. Разрешение споров

- 8.1.** Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте настоящего Договора, будут разрешаться в досудебном порядке на основе действующего законодательства РФ.
- 8.2.** При неурегулировании в досудебном порядке спорных вопросов споры Сторон разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

9. Прочие условия

- 9.1.** Информация о состоянии здоровья Пациента, включающая сведения о результатах обследования, выдается медицинскими специалистами Исполнителя по письменному запросу Пациента (его законного представителя) в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента представления соответствующего запроса, если иные основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок не предусмотрены действующим законодательством РФ. Документы с перечисленной выше информацией выдаются Пациенту(его законному представителю) под подпись при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
- 9.2.** Настоящий Договор включает в себя настоящие условия заключения Договора, зафиксированные в Публичном предложении о заключении договора на оказание платных медицинских услуг, а также Заявление Заказчика, которое последний предоставляет для подтверждения принятия (акцепта) условий заключения настоящего Договора. Экземпляр настоящего Предложения с условиями договора и копия Заявления предоставляются Заказчику.
- 9.3.** Стороны допускают факсимильное воспроизведение («факсимиле») подписи и печати Исполнителя с помощью средств механического или иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи и оригинальной печати на настоящем Предложении и документах, являющихся обязательными и необходимыми для проведения сделок в силу действующего законодательства или условий настоящего Договора. При этом факсимильная подпись и печать будут иметь такую же силу, как подлинная подпись и оригинальная печать Исполнителя.
- 9.4.** В остальном, не урегулированном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Заявление Заказчика № _____

«___» _____ 20__ г.

Я, _____

данные о Заказчике: ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)

принимаю публичное предложение ООО «Линзмастер» (далее по тексту Исполнитель) № _____ от «___» _____ 201__ г. о заключении Договора на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту Договор), в соответствии с которым Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги Пациенту:

данные о Заказчике: ФИО, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты (при наличии)

а я обязуюсь оплачивать оказанные услуги в соответствии с действующим Ценником-прейскурантом Исполнителя, условиями действующих рекламных акций и специальных предложений Исполнителя и/или иными документами Исполнителя.

Настоящим, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152 ФЗ от 27.07.2006 г., подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными работниками ООО «Линзмастер», место нахождения: Россия, 111250 г. Москва, проезд Завода Серп и Молот, д. 6, корп. 1 (далее по тексту «Оператор») моих персональных данных/персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) включающих:

Фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, телефон, адрес электронной почты, данные о состоянии здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, перечень, вид, условия, срок и объем оказанной медицинской помощи, стоимость медицинских услуг, даты оказания медицинских услуг, результат обращения за медицинской помощью, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу – в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора. Передача указанной информации может быть осуществлена, в том числе, но не исключительно, с использованием машинных носителей или по каналам связи. Представляю Оператору право осуществлять все необходимые действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Настоящее Согласие действует бессрочно. Я уведомлен Оператором, что могу отозвать настоящее Согласие путем подачи письменного заявления Оператору на бумажном носителе. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего Согласия, Оператор обязуется прекратить обработку моих персональных данных/персональных данных лица, законным представителем которого я являюсь.

Настоящим выражаю свое согласие на рассылку по электронной почте и/или sms сообщений с информацией по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении (об отмене или изменении) даты и времени записи на прием.

С публичным предложением Исполнителя ознакомлен и согласен, экземпляр публичного предложения на руки получил.

ФИО

подпись

Форма Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных 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

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных 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

«__» _____ 201__ г.

Я, _____
 ФИО гражданина

«_____» _____ г.р., зарегистрированный по адресу:

адрес места жительства гражданина либо законного представителя

Даю информационное 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 первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Линзмастер»

Медицинским работником _____
 должность, ФИО медицинского работника

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

 ФИО гражданина, контактный телефон

 подпись

 ФИО гражданина или законного представителя гражданина

 подпись

 ФИО гражданина или законного представителя гражданина