УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Очкарик»
А.Н. Холомеев
10 марта 2017 г.

ПУБЛИЧНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 04 от 06.05.2016 (в ред. от 10.03.2017)

I. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ ПУБЛИЧНОГО ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В соответствии со статьей 437 Гражданского кодекса Российской Федерации настоящий документ является публичным предложением (офертой) **Общества с ограниченной Ответственностью «Очкарик»** место нахождения: 119334 г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3, ОГРН 1027739171790, ИНН 7725190390, КПП 772501001, внесено в ЕГРЮЛ МИМНС России № 39 по городу Москве, свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002 года серии 77 № 005083718 от 11.04.2002г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», имеющее выданную Департаментом здравоохранения г. Москвы (телефон Департамента: (499) 251-83-00 Адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43) лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-012171 от 20.04.2016г., (срок действия лицензии: «бессрочная»), в лице Генерального директора Холомеева А.Н., действующего на основании Устава, **заключить договор на оказание платных медицинских услуг, именуемый в дальнейшем Договор** с физическим лицом, 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 10.03.2017 до момента его официального отзыва или до даты 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. Настоящее Предложение и Форма Заявления Заказчика размещены на официальном сайте http://ochkarik.ru/Salon_Kutusovskii/, в Уголке потребителя в салоне оптики.

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/несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет, имеющий письменное согласие законного представителя на заключение настоящего Договора, 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, предназначенная для ношения на передней поверхности глазного яблока.
- **Корригирующие очки** – очки, предназначенные для коррекции зрения, изготавливаемые в соответствии с требованиями действующего ГОСТа на корригирующие 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 из перечня платных медицинских услуг, включенных в действующий Ценник-прейскурант Приложение №2 к настоящему Договору, 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. Обеспечивать соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, действующим на территории РФ.
      2.1.2. Предоставлять 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. Обеспечивать 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 для получения первичной медико-санитарной помощи», оформленное в соответствии с действующим законодательством (Приложение №3 к настоящему Договору).
   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 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.

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. Стоимость медицинских услуг формируется Исполнителем самостоятельно и указывается в Ценнике-прейскуранте, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Ценником-прейскурантом Исполнителя, условиями действующих рекламных акций и специальных предложений Исполнителя.

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 в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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 дней (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 условия 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://ochkarik.ru/Salon_Kutusovskii/ и в Уголке потребителя в салоне оптики. 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. Копия Заявления предоставляется 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 будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись и оригинальная печать Исполнителя.

9.4. В остальном, не урегулированном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение №1 Форма заявления Заказчика

Заявление Заказчика № _____

«____» _____ 20 ___ г.

Я, _____

_____

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

до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

принимаю публичное предложение ООО «Очкарик» (далее по тексту Исполнитель) № 4 от 06.05.2016 **о заключении Договора на оказание платных медицинских услуг** (далее по тексту Договор), в соответствии с которым Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги Пациенту:

_____

_____

данные Пациента: фамилия, имя, отчество, 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 от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными работниками ООО «Очкарик», место нахождения: 119334 г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3 и ООО «Оптик-Вижн», место нахождения: 119334 г. Москва, ул. Вавилова, д.5, корп.3 (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. Оператор вправе поручать обработку персональных данных третьим лицам, при условии, что третьи лица обязуются обеспечить сохранность и конфиденциальность передаваемых персональных данных.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.

_____ / _____ /

Ф.И.О. подпись

Заявление принято. На основании Публичного предложения ООО «Очкарик» о заключении Договора на оказание платных медицинских услуг, Договор зарегистрирован под номером _____ от «__»_____г

_____ / _____ /

Ф.И.О. подпись

Приложение №2
Ценник-прейскурант на медицинские услуги в салоне оптики «Очкарик»

«УТВЕРЖДАЮ»
Генеральный директор
ООО «Очкарик»

_____ А.Н. Холомеев

ЦЕННИК-ПРЕЙСКУРАНТ
на медицинские услуги в салоне оптики «Очкарик»

№п/п	Наименование услуги	Код услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг*	Код медицинской услуги в салоне оптики «Очкарик»	Цена услуги, руб.
1	Подбор очковой коррекции	А 23.26.001	1015/1025**	800.00
2	Подбор контактной коррекции	А 23.26.002	1020/1040***	1000.00

Без оплаты услуг осуществляются:

1. Периодические контрольные осмотры и консультации пациента в течение первых трех месяцев после подбора мягких контактных линз. Осмотр и консультация пациента, предъявляющего жалобы, связанные с качеством зрения в назначенных мягких контактных линзах, в течение первых трех месяцев после подбора мягких контактных линз.
2. Осмотр и консультация пациента, предъявляющего жалобы, связанные с качеством зрения в назначенных и изготовленных очках, в течение первых трех месяцев после подбора корригирующих очков.

* Номенклатура медицинских услуг утверждена Приказом МЗ РФ от 27.12.2011г. № 1164н (в действующей редакции)

** Код услуги 1015 используется при первичном обращении пациента для подбора очковой коррекции, код услуги1025 – используется при повторном и последующих обращениях пациента для подбора корригирующих очков.

*** Код услуги 1020 используется при первичном обращении пациента для подбора контактной коррекции, код услуги 1040 – используется при повторном и последующих обращениях пациента для подбора контактной коррекции.

Приложение №3
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

«____» _____ 20 ___ г.

Я, _____
Ф.И.О. гражданина

_____

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

_____
адрес места жительства гражданина либо законного представителя

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 первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «Очкарик»

_____
полное наименование медицинской организации

Медицинским работником _____
должность, Ф.И.О. 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 20 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)

_____
Ф.И.О. гражданина, контактный телефон

_____ _____
подпись Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина

_____ _____
подпись Ф.И.О. медицинского работника