Публичная оферта (общие условия) оказываемых услуг редакция от 03 июня 2024 г.

г. Москва « 03 » июня 2024 г.

В соответствии со статьей 437 Гражданского кодекса Российской Федерации, настоящий документ, адресованный физическим лицам, именуемым далее по тексту **«Заказчик»** либо **«Пациент»**, является официальным, публичным и безотзывным предложением **Общества с ограниченной ответственностью «ВОРЛДВАЙД АССИСТАНС»**, организованное, зарегистрированное и осуществляющее деятельность согласно законодательству Российской Федерации, основной государственный регистрационный номер: 1217700119196, расположенное по адресу: 109202, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Нижегородский, ул. 2-я Карачаровская, дом 1, стр. 1, этаж 2, ком./ офис 19/50, именуемого далее по тексту **«Исполнитель»**, в лице Генерального директора Поповой Анны Юрьевны, действующей на основании Устава, заключить договор на указанных в настоящем документе условиях с любым физическим лицом, которое отзовется на данное предложение.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя на основании Запроса Заказчика, составленного по форме согласно Приложения № 1 к настоящему договору, и с добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), обязуется организовать услуги, частично или полностью, перечисленные в п.1.2 настоящего договора, в соответствии с потребностями Заказчика, указанными в Запросе. Заказчик обязуется оплатить услуги Исполнителя в размере, в срок и в порядке, определенных настоящим договором.

1.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, устанавливаются действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, именуемым далее «Прейскурант» согласно Приложения 2. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень оказываемых услуг. Исполнитель вправе по своему усмотрению изменять Прейскурант услуг посредством опубликования новой редакции Прейскуранта на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет и ее размещения на информационном стенде Исполнителя. С момента опубликования новой редакции Прейскуранта на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет считается действующей новая редакция Прейскуранта.

1.3. Местом оказания медицинских услуг является помещение медицинского учреждения, выбранного Заказчиком и указанным в Запросе. Адреса медицинских учреждений указаны в Приложении 2.

1.4. Перечень услуг, предоставляемых Исполнителем по настоящему договору:

1.4.1. Подбор медицинского учреждения для проведения обследования Заказчика в Российской Федерации.

Исполнитель предоставляетна выбор Заказчика медицинские учреждения, соответствующего уровня и профиля.

Предложение обязательно должно содержать следующую информацию по каждому медицинскому учреждению:

- Наименование;

- Адрес;

- План обследования;

- Стоимость обследования.

1.4.2. Организация обследования Заказчика в одном из предложенных им медицинских учреждений.

Исполнитель договаривается с выбранным медицинским учреждением о датах приёма Заказчика в медицинское учреждение, начале обследования, условиях, сроке оплаты и прочих условиях, указанных в Запросе Заказчика.

Перечень программ медицинского обследования указан в Приложении № 3 к настоящему договору.

1.4.3. Информационное сопровождение Заказчика на всех этапах обследования, в том числе предоставление заключений из медицинского учреждения по результатам проведенного обследования.

1.4.4. Проведение экспертизы счетов медицинских учреждений (выполняется штатными врачами Исполнителя).

1.4.5. Предоставление индивидуальных рекомендаций по образу жизни и питанию по итогам обследования (выполняется штатными врачами Исполнителя). При этом Заказчик подтверждает, что получение итоговых рекомендаций, составленных на основе персональных данных Пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне, возможно только при условии подписания последним соответствующего согласия на обработку/передачу указанных сведений Заказчику по форме, согласно Приложения № 4 к настоящему договору.

1.5. Срок организации обследования (в соответствии с п.1.4.2. настоящего договора): получение от медицинского учреждения подтверждения готовности принять Заказчика на обследование в конкретные даты и согласование всех условий и сроков оказания медицинских услуг в выбранном Заказчиком медицинском учреждении составляет 7 рабочих дней, с момента получения Исполнителем от Заказчика уведомления о выборе одного из предложенных медицинских учреждений.

1.6. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих прохождению обследования, при своевременном переносе дат обследование (не менее чем за 24 часа до начала обследования) предложение Исполнителя действительно в течение 45(сорока пяти) дней со дня получения денежных средств от Заказчика. По истечении указанного срока услуги будут считаться оказанными, а условия договора выполненными, денежные средства возврату не подлежат. В случае желания Заказчика организации обследования по истечении указанного срока, Исполнитель оставляет за собой право перерасчета обследования по текущим ценам.

2. ПУБЛИЧНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

2.1.Договор на оказание платных медицинских услуг Исполнителем заключается в простой письменной форме посредством выставления Пациенту счета на оплату, в котором отражается информация о стоимости, количестве и наименовании услуг, о размере скидок, если скидки предусмотрены и действуют, а также иная информация, которая в соответствии с действующим законодательством должна быть указана в договоре на оказание платных медицинских услуг в обязательном порядке и при этом отсутствует в настоящей публичной оферте.

2.2. Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является оплата Заказчиком счета в порядке, определенном в разделе 4 настоящего предложения (статья 438 ГК РФ), в зависимости от того, какое из этих событий наступит первым.

2.3. Акцепт оферты означает, что Заказчик согласен со всеми положениями настоящей публичной оферты, и является заключением договора об оказании медицинских услуг.

2.4.Исполнитель имеет право вносить изменения в настоящую публичную оферту посредством опубликования новой редакции публичной оферты на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет и ее размещения на информационном стенде Исполнителя. С момента опубликования новой редакции публичной оферты на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет считается действующей новая редакция публичной оферты.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать услуги в полном объеме в соответствии с настоящего договора при условии оплаты Заказчиком денежных средств в порядке, определенном разделом 4 настоящего договора, и предоставления Заказчиком документов, необходимых для оказания описанных в настоящем договоре.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказаться от исполнения настоящей публичной оферты в случае невыполнения Заказчиком условий настоящего договора.

3.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем услуг, указанных в п. 1.2 настоящей публичной оферты в сроки и в порядке, которые определены в разделе 4 настоящего договора.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им услугах.

3.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных Исполнителем расходов.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется по действующему Прейскуранту (НДС не облагается).

4.2. За организацию и сопровождение медицинского обследования взимается сервисный сбор в размере 2 240 (Две тысячи двести сорок) рублей. Сервисный сбор включается в счет Заказчику и оплачивается до оказания услуг.

4.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом (либо Заказчиком в пользу Пациента) в рублях любым из способов согласно пункту 4.3 настоящей публичной оферты.

4.4. Доступные Пациенту способы оплаты медицинских услуг: безналичным платежом, путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре. Днем оплаты считается день поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.5. Пациент оплачивает медицинские услуги до их оказания в размере согласно счету, выставленному Исполнителем, если иное не предусмотрено настоящей публичной офертой.

4.6. Счет действителен в течение 30 (тридцати) дней. Стоимость услуг не облагается НДС согласно пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

4.7. Оплата медицинских услуг является подтверждением, что услуги, указанные в счете, согласованы с Заказчиком и претензий к их объему нет.

4.8. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Заказчика, в том числе при нарушении Заказчиком условий по оплате услуг или неявки на организованное обследование без предварительного уведомления не менее чем за 24 часа до начала обследования, услуга считается оказанной в полном объёме. Средства, уплаченные Заказчиком в счет оплаты услуг Исполнителя, возврату не подлежат.

4.9. В случае отказа Заказчика от выполнения согласованных ранее услуг, денежные средства, которые были оплачены Заказчиком по Договору и не были зачтены в счет оказанных услуг, подлежат возврату Заказчику в течение 30 (тридцати) дней со дня подачи соответствующего письменного заявления Исполнителю.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТОРОН

5.1. Заказчик несет ответственность за достоверность сведений, предоставленных Исполнителю для организации обследования. В случае несоответствия предоставленной информации истинному положению вещей Исполнитель не несет ответственности за результат оказанных услуг, а также за оказание услуг в неполном объёме.

6.ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Исполнитель предоставляет услуги по настоящему договору в режиме 24*7*365.

6.2. Исполнитель принимает телефонные и e-mail обращения от Заказчика.

тел. для связи: +7499 67 33 911; e-mail: office@ww-assistance.ru

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ ООО «ВОРЛДВАЙД АССИСТАНС»

Юридический адрес:
109202, г. Москва, 2-я Карачаровскаяул, д.1 стр. 1, ком/офис 19/50
Тел.: +7 499 67 33 911
E-mail: office@ww-assistance.ru
ИНН 9721121946, КПП 772101001
Банковские реквизиты:
р/с 40702810926000001804 в Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО),
ИНН 7702070139,
КПП 770943002
БИК 044525411
К/с 30101810145250000411

Приложение 1
к Публичной оферте (общие условия) оказываемых услуг
редакция от 03 июня 2024 г.

ФОРМА

Генеральному директору
ООО «ВОРЛДВАЙД АССИСТАНС»
Поповой А.Ю.
От_____
_____

Запрос

на оказание услуг, предусмотренных договором № _____ от «__» _____ 202_ г.

Дата запроса	
ФИО Заказчика	
Дата рождения Заказчика	
Контактный телефон Заказчика	
Город проживания Заказчика	
Наименование медицинского учреждения, выбранного Заказчиком	
Программа медицинского обследования	
Доверенное лицо Заказчика: - ФИО - дата рождения - контактный телефон - email	

Приложение № 2
к Публичной оферте (общие условия) оказываемых услуг
редакция от 03 июня 2024 г.

Прейскурант

Адрес клиники	Клиника	Стоимость чек-апа мужчины	Стоимость чек-апа женщины до 40 лет	Стоимость чек-апа женщины после 40 лет
404132, г. Волжский, ул.Мира, д.110б	Медицинский центр ВДЦ	19 310	22 090	22 060
404132, г. Волжский, ул. Мира, д.104 404105, г. Волжский, ул. Оломоуцкая, д. 29	Вита-Лайт (Амбулатория «Грязеводолечебница»)	13 036	15 843	15 775
644024, г. Омск, ул. Чкалова, д. 19/12	Ультрамед	20 850	24 810	24 760
430005, г. Саранск, ул. Демократическая, 18А	Медико-реабилитационный центр ВИТА-МЕД	19 590	24 350	24 620
248000, г. Калуга, ул. Луначарского, д. 57, стр. 3	Эндохирургический центр	21 410	25 630	25 430
432071, г. Ульяновск, ул. Радищева, д.89	Медгард-Ульяновск	19 885	23 120	23 255
432071, г. Ульяновск, Стасова, д. 18 432073, г. Ульяновск, ул. Шолмова, д. 35 432035, г. Ульяновск, ул. Гая, д. 31 432011, г. Ульяновск, ул. Красноармейская, д. 2 432000, г. Ульяновск, ул. Бебеля, д. 7 432026, г. Ульяновск, ул. Репина, д. 47а 432059, г. Ульяновск, пр-т Генерала Тюленева, д. 6 432072, г. Ульяновск, пр-т. Ульяновский, д. 11	Академия	15 370	19 050	19 050
420111, г. Казань, Профсоюзная/Астрономическая, 19/15	Скандинавия (АВА-Казань)	24 590	27 480	27 380
420021, г . Казань, ул. Нариманова, 65	Будь Здоров Казань	23 730	28 925	29 395
450001, г. Уфа, просп. Октября, 6/1	Будь Здоров Уфа	20 195	24 485	24 920
153021, г. Иваново, ул. Рубфаковская, 30	Ивастрамед	15 955	19 515	19 915
153022, г. Иваново, Лежневская ул., 114	ЛДЦ Миленарис	27 140	31 470	31 820
350000, г. Курск, ул. Димитрова, 16	Медассист	22 555	25 920	26 170

Приложение № 3
к Публичной оферте (общие условия) оказываемых услуг
редакция от 03 июня 2024 г.

ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Название услуги	Мужчины	Женщины до 40 лет	Женщины после 40 лет
Первичный прием и консультация врача - терапевта	да	да	да
Первичный прием и консультация врача гинеколога (в т.ч. УЗИ органов малого таза)	нет	да	да
Консультация врачом специалистом по патологии молочных желез первичная	нет	да	да
Первичный прием и консультация врачом-урологом-андрологом, к.м.н	да	нет	нет
Прием врача офтальмолога (в том числе офтальмоскопия с узким зрачком)	да	да	да
ЭКГ	да	да	да
УЗИ щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов	да	да	да
УЗИ молочных желёз и регионарных лимфатических узлов с допплерографией кровотока	нет	да	нет
УЗИ органов брюшной полости, почек, надпочечников	да	да	да
УЗИ мочевого пузыря, предстательной железы, определение остаточной мочи (трансабдоминально)	да	нет	нет
Забор материала для лабораторных исследований	да	да	да
Взятие крови из вены	да	да	да
Общий (клинический) анализ крови: общий анализ, лейкоцитарная формула, СОЭ	да	да	да
Триглицериды (Triglycerides)	да	да	да
Холестерол общий (холестерин, Cholesteroltotal)	да	да	да
Холестерол-ЛПНП (Холестерин липопротеинов низкой плотности, ЛПНП, Cholesterol LDL)	да	да	да
Общий белок (Proteintotal)	да	да	да
Билирубин общий (Bilirubintotal)	да	да	да
Глюкоза (Glucose)	да	да	да
Креатинин (Creatinine)	да	да	да
Мочевая кислота (Uricacid)	да	да	да
АлАТ (АЛТ, Аланинаминотрансфераза, аланинтрансаминаза, SGPT, Alanineaminotransferase)	да	да	да
АсАТ (АСТ, аспартатаминотрансфераза, AST, SGOT, Aspartateaminotransferase)	да	да	да
Альфа-Амилаза (Диастаза, Alfa-Amylase)	да	да	да
Гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ, глутамилтранспептидаза, GGT, Gamma-glutamyltransferase	да	да	да
Фосфатаза щелочная (ЩФ, Alkalinephosphatase, ALP)	да	да	да
Хламидии (Chlamydiatrachomatis), определение ДНК	да	да	да
Микоплазма (Mycoplasmahominis), определение ДНК (соскобы)	да	нет	нет
ПСА общий (простатический специфический антиген общий, Prostate-specificantigentotal, PSA total)	да	нет	нет
Са 15-3 (Углеводный антиген 15-3, CA 15-3)	нет	да	да
Са-125 (Углеводный антиген 125, CA 125)	нет	да	да
Са 19-9 (Углеводный антиген 19-9, CA 19-9)	да	да	да
Дифференцированное определение ДНК ВПЧ (Вирус папилломы человека, Humanpapillomavirus, HPV) высокого онкогенного риска 2-х типов (16, 18) + КВМ в соскобе эпителиальных клеток урогенитального тракта	да	да	да

Тиреотропный гормон (ТТГ, тиротропин, ThyroidStimulatingHormone, TSH)	да	да	да
Общий анализ мочи (с микроскопией осадка)	да	да	да
Исследование кала на скрытую кровь	да	да	да
Цитологическое исследование шейки матки (окраска по Папаниколау, Pap-тест)	нет	да	да
Цифровая флюорография	да	да	да
Цифровая маммография обеих молочных желез в 2-х проекциях с томосинтезом	нет	нет	да

Приложение № 4
к Публичной оферте (общие условия) оказываемых услуг
редакция от 03 июня 2024 г.

ФОРМА

_____

_____
(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного по адресу:

_____

_____
(адрес регистрации указывается
С почтовым индексом)

_____
паспорт серия _____ № _____

выдан _____

_____
(дата выдачи и наименование
органа, выдавшего документ)

СОГЛАСИЕ

на получение персональных данных от третьих лиц

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

даю согласие

ООО «ВВ Ассистанс», расположенному по адресу: г. Москва, ул. 2-я Карачаровская, д.1с1, этаж 2, ком./офис 19/50 на получение сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью в _____, состоянии здоровья, диагнозе,
(наименование медицинской организации)

в том числе по незащищенным каналам связи.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 202_ г.