ПУБЛИЧНАЯ ОФЕРТА

о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг

г. Владивосток Редакция от 6 ноября 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» (ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103), осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии № Л041-01023-25/01382399 от 10.09.2024 г. (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Приморского края (690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, 2, тел. 8(423)241-35-14; перечень выполняемых работ (услуг) — Приложение № 10), в лице Главного врача Педченко Игоря Андреевича, действующего на основании доверенности № 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», руководствуясь ст. 435, п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ), Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659 (далее – Правила № 659), Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предлагает любому дееспособному физическому лицу заключить договор оказания платных медицинских и иных услуг (далее – Договор) на условиях, изложенных ниже.

1. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Оферта – настоящий документ, размещенный на официальном сайте Исполнителя https://bio-med.expert и на информационном стенде («Уголок потребителя») по адресам оказания услуг.

1.2. Акцепт – полное и безоговорочное принятие Заказчиком условий Оферты способами, указанными в разделе 3 Оферты (п. 3 ст. 438 ГК РФ).

1.3. Заказчик – физическое лицо, акцептовавшее Оферту и заказывающее (приобретающее) услуги для себя или в пользу Потребителя. Потребитель (Пациент) – физическое лицо, которому оказываются услуги. Если Заказчик заказывает услуги для себя, он одновременно является Потребителем. В отношении лица, не достигшего 15 лет или недееспособного лица Договор заключает и документы подписывает его законный представитель (ст. 20, 54 Закона № 323-ФЗ).

1.4. Прейскурант (Приложение № 1) – действующий перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией с указанием цен, состава и условий Пакетов, размещенный на сайте и на информационном стенде.

1.5. Пакет – комплексная пакетная услуга по медицинской реабилитации (ЛФК, АФК, массаж, ИРТ, физиотерапия и иные мероприятия), состав, объем, срок использования, стоимость и организационно-административный сбор которой указаны в Приложении № 1.

1.6. Смета услуг – документ, в котором Стороны согласовывают перечень (состав) услуг, их количество, стоимость, срок оказания (использования) и иные индивидуальные условия оказания услуг. Акт о приемке оказанных услуг – документ, которым Заказчик подтверждает приемку оказанных ему услуг. Смета услуг и Акт о приемке оформляются на едином бланке (Приложение № 9) и являются неотъемлемой частью Договора.

1.7. Иные (немедицинские) услуги – занятия по адаптивной физической культуре (АФК) и иное.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в пределах перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно лицензии, и иные немедицинские услуги по Прейскуранту, а Заказчик обязуется оплатить их в размере, порядке и сроки, установленные Договором.

2.2. Необходимость медицинских вмешательств определяется с учетом состояния здоровья Потребителя, медицинских показаний и противопоказаний.

2.3. Место оказания услуг: г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11Б; г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А (согласно лицензии). Услуги на выезде оказываются на основании настоящего договора, заключаемого до начала оказания услуг.

2.4. Сроки предоставления конкретных платных медицинских услуг, включая дату начала и, при необходимости, срок завершения их оказания, согласовываются Сторонами договора, исходя из имеющегося свободного времени для записи.

2.4.1. Услуги оказываются с учетом номенклатуры медицинских услуг в объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе сверх объема стандарта.

2.5. Услуги оказываются только при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного Потребителем (законным представителем) в порядке ст. 20 Закона № 323-ФЗ (п. 35 Правил № 659).

2.6. Уведомление. Заказчик (Потребитель) настоящим уведомлен, что: несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (подп. «н» п. 23 Правил № 659); в соответствии с ч. 3 ст. 27 Закона № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (п. 20 Правил № 659).

3. ПОРЯДОК АКЦЕПТА ОФЕРТЫ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. До акцепта Заказчик обязан ознакомиться с Офертой, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка для потребителей, информацией об Исполнителе и о медицинских работниках, размещенными на сайте https://bio-med.expert и на информационном стенде (п. 41, 42 Правил № 659; ст. 10 Закона № 2300-1).

3.2. **Основной способ акцепта – при личной явке. Акцептом Оферты является подписание Заказчиком (законным представителем) собственноручно Заявления о присоединении к Оферте (Приложение № 2) в регистратуре Исполнителя по месту оказания услуг.** С момента подписания Заявления - Договор считается заключенным в письменной форме. Экземпляр Заявления с отметкой Исполнителя выдается Заказчику.

3.3. Дистанционный способ акцепта. При заключении Договора через сайт (личный кабинет) или мобильное приложение Исполнителя (при наличии) Акцептом является: заполнение формы с указанием достоверных ФИО, даты рождения, телефона и проставление отметки «Я ознакомлен(а) и принимаю условия публичной оферты» с подтверждением кодом, направленным на номер телефона Заказчика, и (или) внесение полной или частичной оплаты услуги (п. 40, 43 Правил № 659, п. 3 ст. 438 ГК РФ). Идентификация Заказчика может осуществляться в том числе через ЕСИА (п. 45 Правил № 659). Исполнитель направляет Заказчику подтверждение заключения Договора с указанием его номера (иного идентификатора), а по требованию – экземпляр Договора (выписку), подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя (п. 44 Правил № 659).

3.4. Запись на прием по телефону или через мессенджеры сама по себе не является Акцептом и не порождает обязанности оплаты; Договор в этом случае заключается при явке в порядке п. 3.2 Оферты.

3.5. Независимо от способа Акцепта, при первой явке Потребитель (законный представитель) обязан предъявить документ, удостоверяющий личность (а законный представитель – также документ, подтверждающий полномочия), и лично подписать документы, указанные в разделе 4 Оферты. Без их подписания медицинское вмешательство не проводится (кроме случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Закона № 323-ФЗ), что не является нарушением Договора Исполнителем.

3.6. Акцепт означает согласие Заказчика со всеми условиями Оферты и приложений к ней.

3.7. При повторном приобретении услуг в рамках действующего Договора Заказчик не оформляет новое Заявление о присоединении к Оферте, а согласовывает соответствующую Смету услуг в порядке, предусмотренном разделом 10 Оферты.

4. ДОКУМЕНТЫ, ПОДПИСЫВАЕМЫЕ ЗАКАЗЧИКОМ/ПОТРЕБИТЕЛЕМ ЛИЧНО ПРИ ЯВКЕ

4.1. При явке в медицинскую организацию Заказчик/Потребитель (законный представитель) лично и собственноручно подписывает:

1) Заявление о присоединении к Оферте (Приложение № 2);

2) Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение №3). Либо отказ от медицинского вмешательства (Приложение №5);

3) Согласие на обработку персональных данных (Приложение №4).

4.2. Заказчик/Потребитель подают Исполнителю письменное заявление об отказе от Договора (Пакета) и о возврате денежных средств, а также заявление о продлении срока Пакета, при этом рекомендуемый способ – лично в регистратуре Исполнителя; заявление также принимается по почте заказным письмом, а при заключении Договора дистанционно – тем же способом. Дополнительное соглашение о возврате денежных средств подписывается лично.

4.3. Законный представитель дополнительно указывает сведения о себе и о представляемом лице и подписывает документы от его имени. Подписание Заявления о присоединении и согласий иным лицом допускается по доверенности; ее реквизиты указываются в Заявлении (подп. «в» п. 23 Правил № 659). Информированное добровольное согласие дает сам Потребитель либо его законный представитель (ст. 20 Закона № 323-ФЗ).

5. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

5.1. Стоимость каждой вновь приобретаемой услуги или Пакета определяется по Прейскуранту, действующему на дату согласования Сметы услуг. Цена оплаченного Пакета в течение срока его действия не изменяется. Прейскурант может быть изменен Исполнителем путем его опубликования на официальном сайте Исполнителя и размещения копии в уголке потребителя.

5.2. Разовые услуги оплачиваются после их оказания. Пакет оплачивается при его приобретении (предоплата). Оплата производится наличными в кассу или безналичным путем, в том числе через сайт. Заказчику выдается кассовый чек. Датой оплаты является день внесения денежных средств в кассу или их зачисления на расчетный счет.

5.3. Смета услуг подписывается Сторонами в момент оплаты. Акт о приемке оказанных услуг подписывается: по разовым услугам – в день их оказания одновременно со Сметой услуг; по Пакету – по завершении использования услуг Пакета либо по истечении срока его действия. Акт о приемке оказанных услуг является неотъемлемой частью Договора. По требованию Заказчика ему выдаются документы для получения социального налогового вычета.

5.4. Заказчик/Потребитель вправе произвести оплату услуг:

- наличными средствами в кассу Исполнителя;
- безналичным расчетом на расчетный счет Исполнителя (в том числе через мобильное приложение);
- при участии Банка-партнера, предоставляющего услуги кредитования.

5.5. Заказчику/Потребителю может быть предоставлена внутренняя рассрочка оплаты по индивидуально согласованному графику платежей, во всех остальных случаях оплата производится единовременно в день оказания услуг.

5.6. Исполнитель вправе вводить скидки на оказываемые услуги.

6. ОСОБЕННОСТИ ПАКЕТНЫХ УСЛУГ

6.1. По настоящему Договору Исполнитель может предоставлять Заказчику комплексные пакетные услуги по медицинской реабилитации (далее - Пакет), включающие, в частности, но не ограничиваясь: ЛФК, АФК, массаж, иглорефлексотерапию (ИРТ), физиотерапевтические процедуры, а также иные реабилитационные мероприятия, входящие в перечень услуг согласно Приложению № 1 к настоящему Договору.

6.2. Состав, объём (количество услуг каждого вида), срок использования, полная стоимость Пакета, размер организационно-административного сбора, а также базовые (разовые) тарифы на каждую услугу, входящую в Пакет, указываются в Приложении № 1 к настоящему Договору, являющемся его неотъемлемой частью. Цена Пакета определяется как сумма базовых (разовых) тарифов входящих в него

услуг за вычетом скидки за объём и включает организационно-административный сбор, покрывающий фактические организационные расходы Исполнителя на планирование реабилитационных мероприятий, бронирование времени специалистов, подготовку помещений и оборудования, ведение графика и оформление медицинской документации. Индивидуальные условия каждого приобретаемого Пакета, включая его состав, количество услуг, стоимость и срок использования, фиксируются в согласованной Сторонами Смете услуг. После оказания услуг Стороны оформляют Акт о приемке оказанных услуг.

6.2.1. Приложение №1 может быть изменено Исполнителем с публикацией документа на официальном сайте Исполнителя https://bio-med.expert (что является уведомлением об изменении цен для Заказчика), при этом Заказчик отслеживает изменения самостоятельно и/или имеет право запросить у Исполнителя актуальное Приложение №1, которое предоставляется Заказчику по его требованию на бумажном носителе.

6.3. Услуги, входящие в Пакет, могут быть использованы Заказчиком только в течение срока действия Пакета. При наличии уважительных причин, препятствующих использованию услуг Пакета (временная нетрудоспособность Потребителя, госпитализация, иные медицинские показания, подтверждённые документально), Заказчик вправе до истечения срока действия Пакета подать Исполнителю письменное заявление о продлении срока действия Пакета (Приложение № 8) с приложением подтверждающих документов. При подтверждении уважительной причины срок действия Пакета продлевается на период ее действия, но не более чем на 30 (тридцать) календарных дней. Решение Исполнителя указывается на заявлении о продлении в течение 3 (трех) рабочих дней с даты его подачи.

6.4. Стороны признают, что в течение всего срока действия Пакета Исполнитель несет фактические расходы, связанные с исполнением Договора: резервирование времени специалистов в расписании, сопровождение Потребителя администратором (менеджером), подготовка помещений и оборудования, ведение графика и медицинской документации. Размер этих расходов возрастает с увеличением срока действия Пакета и учтен в организационно-административном сборе (Приложение № 1). По истечении срока действия Пакета (с учётом продления, если оно оформлено) неиспользованные услуги не переносятся и не восстанавливаются. Возврат денежных средств за услуги, не использованные в течение срока действия Пакета, производится по письменному заявлению Заказчика за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, указанных в настоящем пункте и в п. 6.5 Оферты; если такие расходы равны стоимости неиспользованных услуг или превышают ее, возврат не производится.

6.5. При отказе Заказчика от Договора (от Пакета) по собственной инициативе до истечения срока действия Пакета сумма к возврату рассчитывается по формуле:

$$\mathbf{V = S - (\Sigma\,(N_i \times R_i)) - C,}$$

где:

- **S** — полная стоимость Пакета, оплаченная Заказчиком;
- $\mathbf{N_i}$ — количество фактически оказанных (использованных) услуг каждого вида из состава Пакета;
- $\mathbf{R_i}$ — базовый (разовый) тариф одной единицы услуги, указанный в прейскуранте Исполнителя, действовавшем на момент приобретения Пакета;
- **C** — организационно-административный сбор в размере, указанном в Приложении № 1.

Пересчёт стоимости фактически оказанных услуг по базовым (разовым) тарифам производится в связи с тем, что цена Пакета предоставлялась при условии приобретения услуг в полном объёме; скидка за объём не распространяется на услуги, фактически не оказанные.

6.6. Возврат денежных средств производится на основании письменного заявления Заказчика об отказе от Договора (от Пакета) (Приложение № 6), поданного Исполнителю согласно пункту 6.6.1. договора. Заявление рассматривается Исполнителем в течение 10 (десяти) календарных дней. В течение указанного срока Исполнитель оформляет дополнительное соглашение к Договору на отказ от услуг и на возврат денежных средств с расчетом суммы возврата (Приложение № 7), после подписания которого Исполнителем осуществляется фактический возврат денежных средств способом, каким была произведена оплата, если иное не указано в заявлении в течение 10 (десяти) календарных дней, которые отсчитываются с момента подписания Заказчиком дополнительного соглашения.

6.6.1 Заказчик осведомлен и согласен, что письменное заявление на возврат денежных средств, об отказе от Договора – подается Исполнителю нарочно в месте нахождения клиники, либо по почте заказным письмом, а при дистанционном договоре — идентично способу его заключения.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Исполнитель обязан оказать услуги качественно и в сроки; использовать разрешенные методы, медицинские изделия и лекарственные препараты; предоставлять в доступной форме информацию о платных услугах, их стоимости, о состоянии здоровья Потребителя; обеспечить ознакомление с медицинской документацией и выдачу по письменному требованию копий медицинских документов и выписок; выдать кассовый чек; соблюдать врачебную тайну.

7.2. Исполнитель вправе привлекать соисполнителей, имеющих лицензию, оставаясь ответственным перед Заказчиком; отказать в оказании плановой услуги при выявлении противопоказаний.

7.3. Заказчик (Потребитель) вправе: получать информацию о состоянии здоровья, методах лечения, рисках, стоимости услуг; отказаться от Договора при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов; получать медицинские документы.

7.4. Заказчик (Потребитель) обязан: предоставить достоверные сведения о себе и о состоянии здоровья, в том числе об аллергии и непереносимости препаратов; лично подписать документы, указанные в разделе 4; выполнять назначения лечащего врача и Правила внутреннего распорядка; своевременно оплачивать услуги.

7.5. Заказчик уведомлен и согласен на ведение аудиозаписи приема в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 87, 90 Закона № 323-ФЗ); записи хранятся с соблюдением врачебной тайны и законодательства о персональных данных, в случае если он не обозначил иное в Приложении № 2.

7.6. Заказчик подтверждает, что Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» ИНН 2543183103 уведомило его о возможности и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при этом Заказчик согласен на оказание ему платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

8. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

8.1. После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю (законному представителю) медицинские документы в порядке и в сроки, установленные приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н. Выдача Исполнителем предусмотренных п. 23 Правил № 659 документов осуществляется после исполнения услуги и без дополнительной платы.

8.1.1. Результаты могут быть направлены на электронную почту Потребителя при наличии письменного согласия Потребителя, содержащего указание на риски передачи по открытым каналам связи.

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель несет ответственность за качество услуг и за вред, причиненный жизни и здоровью Потребителя (ст. 98 Закона № 323-ФЗ, ст. 1095 ГК РФ).

9.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если неисполнение обязательств произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем назначений врача, сокрытия сведений о состоянии здоровья (в том числе об аллергии), иных обстоятельств, за которые отвечает Потребитель.

9.3. Требования (претензии) направляются Исполнителю в любой форме, в том числе на адрес официальной электронной почты **info@bio-med.expert** или почтовый адрес: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А, помещ. 1; срок рассмотрения – в сроки, установленные Законом № 2300-1. Потребитель вправе предъявить иск по своему выбору в суд по месту нахождения Исполнителя, по месту своего жительства (пребывания) либо по месту заключения или исполнения Договора (ст. 17 Закона № 2300-1).

9.4. Если Договор заключен дистанционным способом, отказ Заказчика от его исполнения может быть совершен тем же способом.

10. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Оферта действует с даты размещения на сайте до ее отзыва Исполнителем.

10.2. Договор вступает в силу с момента его заключения в порядке, предусмотренном разделом 3 Оферты, и заключается на неопределенный срок. Окончание календарного года не прекращает действие Договора.

Ежегодное повторное совершение Акцепта и оформление нового Заявления о присоединении к Оферте не требуются.
10.3. Договор определяет общие условия оказания услуг и предусматривает возможность неоднократного приобретения Заказчиком разовых услуг, курсов и Пакетов услуг для Потребителя, указанного при заключении Договора.
10.4. При каждом новом приобретении услуг Стороны согласовывают Смету услуг. Далее Стороны оформляют акт о приемке оказанных услуг, который содержит: сведения о Потребителе; перечень, количество и стоимость фактически оказанных услуг или Пакета; иные согласованные Сторонами индивидуальные условия.
10.5. Смета услуг и Акт о приемке оказанных услуг оформляются на едином бланке (Приложение № 9) и подписываются Заказчиком и уполномоченным представителем Исполнителя в регистратуре в порядке, предусмотренном п. 5.3 Оферты; экземпляр передается Заказчику.

10.6. Повторное приобретение услуг в рамках действующего Договора не требует повторного оформления Заявления о присоединении к Оферте. При этом согласование каждой новой Сметы услуг является обязательным. Запись на прием сама по себе не заменяет согласование условий приобретения услуг. Посещение в пределах состава и объема услуг, предусмотренных ранее согласованной Сметой услуг, не требует оформления новых документов, если согласованные условия не изменяются.
10.7. Каждый приобретенный Пакет имеет самостоятельный состав, стоимость и срок использования. Приобретение нового Пакета само по себе не продлевает срок использования ранее приобретенного Пакета, не изменяет его условия и не влечет переноса неиспользованных услуг из одного Пакета в другой. Изменение ранее согласованных условий оформляется отдельным соглашением Сторон.
10.8. Цена услуг определяется по действующему Прейскуранту.
10.9. Прекращение Договора не освобождает Стороны от исполнения возникших до его прекращения обязательств, включая обязательства по расчетам.
10.10. По вопросам, не урегулированным Офертой, Стороны руководствуются законодательством РФ.
10.11. Приложения (формы):

- Приложения № 1 - Прейскурант: действующий перечень работ (услуг);
- Приложение № 2 - Заявление о присоединении к Оферте;
- Приложение № 3 - Форма ИДС;
- Приложение № 4 - Форма согласия на обработку персональных данных;
- Приложение № 5 - Форма отказа от медицинских вмешательств;
- Приложение №6 - Форма заявления на возврат денежных средств в связи с отказом от услуг;
- Приложение № 7 – Форма дополнительного соглашения на отказ от услуг и на возврат денежных средств;
- Приложение №8 – Форма заявления на продление пакета услуг;
- Приложение № 9 – Форма Сметы услуг и Акта о приемке оказанных услуг (единый бланк);
- Приложение № 10 – Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя (выписка из реестра лицензий);
- Приложение № 11 - Форма заявления об отказе от Договора;
- Приложение № 12 - Форма отзыва согласия на обработку персональных данных.

11. РЕКВИЗИТЫ ИСПОЛНИТЕЛЯ

ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ», ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103. Юридический адрес: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А, помещ. 1. Р/с 40702810808550001317 в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО), БИК 044525411, к/с 30101810145250000411. **Тел. 2000-148. Сайт: https://bio-med.expert.**

Главный врач / Педченко И.А.

Доверенность № 1

Приложение № 2 к Публичной оферте
ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЕ
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг

г. Владивосток «____»_____2026 г.

В ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» (ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103, адрес: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А, помещ. 1; лицензия № Л041-01023-25/01382399 от 10.09.2024 года, выдана Министерством здравоохранения Приморского края, бессрочно):

1. Сведения о Заказчике/Потребителе

ФИО	
Дата рождения	
Адрес, телефон	
Документ, удостоверяющий личность	
Документ — основание (при заказе для другого лица)	
E-mail / иной адрес для письменных обращений	

2. Представитель Потребителя (при наличии): ☐ законный представитель ☐ представитель по доверенности

ФИО, адрес, телефон	
Документ, удостоверяющий личность	
Документ, подтверждающий полномочия	

3. Заказываемые услуги.

3.1. Заказчик присоединяется к Оферте и выражает намерение приобретать услуги, включенные в Прейскурант (Приложение № 1 к Оферте). Конкретные услуги, их объем, стоимость и срок согласовываются Сметой услуг (Приложение № 9 к Оферте), являющейся неотъемлемой частью Договора. Факт оказания и приемки услуг подтверждается Актом о приемке оказанных услуг (Приложение № 9 к Оферте).

3.2. Настоящее Заявление само по себе не порождает обязанности оплатить или оказать конкретную услугу до согласования Сметы услуг, подписания акта о принятии оказанных услуг.

4. Акцепт Оферты

4.1. Акцепт совершен способом - лично в регистратуре Исполнителя.

4.2. В соответствии со ст. 428, 437, 438 ГК РФ Заказчик полностью и безоговорочно присоединяется к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ», размещенной на сайте https://bio-med.expert и на информационном стенде, со всеми приложениями.

4.3. Прейскурант (Приложение № 1), размещенный на сайте https://bio-med.expert: ☐ ознакомлен(а); ☐ бумажная копия выдана по требованию.

4.4. Заказчик ознакомлен(а) с Офертой, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка, сведениями о лицензии и медицинских работниках.

4.5. Заказчик уведомлен(а) о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы Приморского края; отказ от платных услуг не уменьшает объем бесплатной помощи.

5. Подтверждения Заказчика:

5.1. Заказчик обязуется сообщать достоверные сведения о состоянии здоровья, в том числе об аллергии, непереносимости препаратов, хронических заболеваниях, беременности, принимаемых лекарствах и иных существенных сведениях.

5.2. Заказчик уведомлен(а), что несоблюдение назначений и рекомендаций Исполнителя, включая режим лечения, может снизить качество услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье.

5.3. Заказчик уведомлен(а) об условиях Пакетов услуг: срок использования, продление не более чем на 30 дней, использование услуг только в течение срока действия Пакета, возврат с пересчетом по базовым тарифам за вычетом организационного сбора.
5.4. Отдельно подписываются информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных.

6. Согласия Заказчика/Потребителя:

6.1. Аудиозапись приема в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности:
☐ Даю согласие. ☐ Не даю согласие.

6.2. Направление медицинских документов на e-mail, указанный в разделе 1, с учетом рисков передачи по открытым каналам связи:
☐ Даю согласие. ☐ Не даю согласие.

6.3. Получение звонков, SMS и сообщений в мессенджерах по указанным контактам для записи на прием, напоминаний и информирования об услугах:
☐ Даю согласие. ☐ Не даю согласие.

7. Количество экземпляров заявления определяется по числу сторон.

Заказчик/Потребитель: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью, собственноручно)
«___» _____ 20__ г.

Представитель Потребителя: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью, собственноручно)
«___» _____ 20__ г.

Отметка Исполнителя о принятии акцепта:

От имени Исполнителя: должность _____, ФИО _____.

Подпись _____ М.П.

*Заказчик/Потребитель проставляет «V» в одном из «☐».

Приложение № 3
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг от 6 ноября 2026 г.

ФОРМА ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ> , проживающий по адресу <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,

Этот раздел заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет (или признанных недееспособными)
Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество - полностью)

Паспорт серия <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ>, номер <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>,

выдан <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>, <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть) Потребителя

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения Потребителя: <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> **г.**

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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "БИОМЕД ЭКСПЕРТ". Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Мне даны полные разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого) медицинским работником 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно применять назначенные лекарственные средства и другие методы лечения, незамедлительно сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия и обо всех неблагоприятных последствиях от лечения, а также согласовывать с врачом прием любых, не назначенных им лекарственных средств.

Я извещен(а) о необходимости поставить в известность медицинских работников обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), о принимаемых лекарственных средствах, об употреблении алкоголя, психоактивных веществ, а также о наследственности.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие:

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; Осмотр, в том числе пальпация; Антропометрические исследования; Термометрия; Тонометрия; Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно: Медицинский массаж, в том числе с направленным воздействием на триггерные точки; Мануальная терапия; Лечебная физкультура; Физиотерапевтическое лечение.

Подпись (Пациента/Заказчика/Законного представителя): _____

Дата: <ДАТА> г.

Приложение № 4

к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг от 6 ноября 2026 г

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>, дата рождения <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г.р.,
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных/ Пациента/Заказчика/Законного представителя)
зарегистрированный(ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
(адрес регистрации по месту жительства)
фактически проживающий(ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
(адрес проживания)
документ, удостоверяющий личность: <ПАСПОРТ_ВИД> <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР> <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН> <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>
(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС (заполняется при наличии) <ПАЦИЕНТ_ЗП_СНИЛС>, контактный телефон <ПАЦИЕНТ_ЗП_ТЕЛЕФОН_ЗП>, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации; отражения информации в медицинской документации; предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае; предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, даю свое согласие на обработку ООО "БиоМед Эксперт" расположенного(ой) по адресам: Приморский край, г. Владивосток, пр-кт Народный, д.11А и Приморский край, г. Владивосток, пр-кт Народный, д.11Б (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, адрес эл. почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка также даю согласие на сбор и обработку персональных данных путем аудио- и видеозаписи оказания медицинских услуг (в том числе, но не ограничиваясь первичного и повторных приемов и т.д.) при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в целях моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, иные сведения, полученные при обследовании и лечении) посредством внесения их в электронную базу данных, в том числе - обработку персональных данных Исполнителем в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг по настоящему Договору, осуществления деятельности Исполнителя, в том числе научной и образовательной, направления Пациенту информации о медицинских услугах оказываемых Исполнителем и рекламных материалов, Пациент предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Исполнителя, в том числе, в интересах обследования и лечения, когда применимо, производить обмен (прием и

передачу) персональных данных Пациента по договорам со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;
согласие на индивидуальное общение с индивидуальным менеджером посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной связи и СМС- сообщений, для сопровождения пациента по вопросам прохождения дальнейшего лечения.
Даю согласие на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения, обеспечивающей обработку, включая сбор и хранение, биометрических персональных данных, их проверку и передачу информации о степени их соответствия предоставленным биометрическим персональным данным физического лица, в целях моей регистрации в Единой государственной информационная система в сфере здравоохранения- ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения).

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим физическим лицам:

_____

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует с даты его подписания и действует бессрочно.
При этом Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных, на осуществление которой в соответствии с законодательством согласие Пациента не требуется в соответствии со статьями 13 и 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выражаю ФИО, дата рождения, паспорт, согласие на запрос, разглашение, передачу и получение в письменном виде сведений о моем состоянии здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации.
Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.
Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Также прошу направлять все мои результаты обследования на мой электронный адрес: <ПАЦИЕНТ_EMAIL>
Мне разъяснено и понятно, что результаты обследований относятся к врачебной тайне. Мне разъяснено и понятно, что электронная почта является открытым источником информации и незащищённым открытым каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации ООО "БиоМед Эксперт" ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Подпись (Пациента/Заказчика/Законного представителя): _____

Дата: <ДАТА> г.

Приложение № 5 (форма 1)
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

(лечебная физкультура, приём врача физической и реабилитационной медицины)

Я,_____ «____» _____ _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении_____ «____» _____ _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
Обществе с ограниченной ответственностью «БиоМедЭксперт» (медицинский центр «Биомеханика»)
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[1]:

☐ лечебная физкультура (пункт 14 Перечня): ☐ весь курс ☐ оставшиеся занятия: ____ из ____, курс назначен «___» _____ 20___ г.

☐ приём (осмотр, консультация) врача физической и реабилитационной медицины (пункты 1, 2, 8 Перечня): ☐ все приёмы ☐ оставшиеся: ____ из ____

Медицинским работником_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Возможные последствия отказа (отмечаются лечащим врачом с учётом заболевания (состояния) пациента):

☐ сохранение или усиление боли;
☐ замедленное или неполное восстановление движений в суставах, мышечной силы, координации, ходьбы;
☐ тугоподвижность и контрактуры суставов, уменьшение мышечной массы, нарушения осанки и походки;
☐ затяжное течение, переход заболевания в хроническую форму, повторные обострения;
☐ снижение эффективности другого лечения, в том числе после травмы или операции;
☐ увеличение сроков восстановления трудоспособности и бытовой активности;
☐ повышение риска падений и травм;
☐ после травмы или операции при ограничении движений - повышение риска застоя крови и образования тромбов;
☐ при отказе от приёма врача - отсутствие контроля переносимости нагрузок, позднее выявление осложнений; продолжение курса лечебной физкультуры без врачебного контроля невозможно.

Иные последствия с учётом заболевания:_____
_____

Отказ не лишает меня права на получение иной медицинской помощи.

Причина отказа (указывается по желанию пациента):_____

Собственноручно: «Последствия разъяснены и мне понятны»_____
(пишется пациентом (законным представителем) от руки)

Вопросы к врачу: ☐ нет ☐ есть, прошу связаться со мной

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

«____» _____ 20____ г.
(дата подписания пациентом)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«____» _____ 20___ г. (дата подписания врачом). Разъяснения даны: ☐ лично ☐ по телефону «___» _____ в ___:___

Заполняется при подписании на ресепшене (п. 8.2 Порядка): документ передан пациенту, личность проверена по документу, удостоверяющему личность. Администратор _____ / _____ «___» _____ 20___ г. ___:___

При отказе от подписи (п. 8.1 Порядка): последствия отказа разъяснены пациенту в присутствии второго медицинского работника, от подписи пациент отказался. «___» _____ 20___ г. ___:___ Врач _____ / _____ Мед. работник _____ / _____

Копию отказа получил(а) (по желанию пациента): _____ [1] Зарегистрирован Минюстом России 05.05.2012, рег. № 24082. Форма отказа - приложение № 3 к приказу Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н. Хранится в медицинской карте пациента.

Приложение № 5 (форма 2)
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

(иные медицинские вмешательства)

Я,_____ «____» _____ _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении_____ «____» _____ _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в
Обществе с ограниченной ответственностью «БиоМедЭксперт» (медицинский центр «Биомеханика»)
(полное наименование медицинской организации)

А. отказываюсь от следующих видов 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[1]:
☐ медицинский массаж (п. 13) ☐ введение лекарственных препаратов по назначению врача (п. 12) ☐ исследование функций нервной системы (п. 8) ☐ лабораторные (п. 9), функциональные (п. 10), рентгенологические (п. 11) методы обследования
Б. а также от следующих медицинских вмешательств, не включённых в указанный Перечень (физиотерапия и др.):
_____
Наименование услуги по назначению врача, объём (полностью / оставшиеся ___ из ___):_____
_____
Медицинским работником_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

Возможные последствия отказа с учётом заболевания (состояния) пациента (заполняются лечащим врачом обязательно):

☐ сохранение или усиление симптомов заболевания (боли, ограничения движений);
☐ прогрессирование заболевания, развитие осложнений;
☐ снижение эффективности назначенного лечения в целом;
☐ при отказе от обследования - невозможность своевременно установить или уточнить диагноз и подобрать лечение;
конкретно для пациента:
_____
_____
_____
_____

Отказ не лишает меня права на получение иной медицинской помощи.
Причина отказа (указывается по желанию пациента):_____
Собственноручно: «Последствия разъяснены и мне понятны»_____
(пишется пациентом (законным представителем) от руки)

Вопросы к врачу: ☐ нет ☐ есть, прошу связаться со мной

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)
«____» _____ 20____ г.
(дата подписания пациентом)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
«____» _____ 20___ г. (дата подписания врачом). Разъяснения даны: ☐ лично ☐ по телефону «___» _____ в ___:___

Заполняется при подписании на ресепшене (п. 8.2 Порядка): документ передан пациенту, личность проверена по документу, удостоверяющему личность. Администратор _____ / _____ «___» _____ 20___ г. ___:___

При отказе от подписи (п. 8.1 Порядка): последствия отказа разъяснены пациенту в присутствии второго медицинского работника, от подписи пациент отказался. «___» _____ 20___ г. ___:___ Врач _____ / _____ Мед. работник _____ / _____

Копию отказа получил(а) (по желанию пациента): _____ [1] Зарегистрирован Минюстом России 05.05.2012, рег. № 24082. Форма отказа - приложение № 3 к приказу Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н. Хранится в медицинской карте пациента.

Приложение № 6
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

Главному врачу ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»

Педченко И.А.

От _____

_____

_____

(контактные данные)

Заявление на возврат денежных средств в связи с отказом от услуг

_____
_____
_____
Причина:_____
_____
_____
_____

Прошу перечислить денежные средства на следующие банковские реквизиты:

**Реквизиты банка должны совпадать с ФИО клиента, указанного в заявлении.*
Если реквизиты карты на другое физ. Лицо, обязательно! укажите это в заявлении.

Валюта получаемого перевода:	Российский рубль (RUB)
Получатель:	
Номер счёта:	
Банк получателя:	
БИК:	
Корр. счёт:	

_____
(дата)

_____ (_____)
(подпись)

Приложение № 7
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору оказания платных медицинских и иных услуг (с физическим лицом) № ____от «____» _____ 20__г.

г. Владивосток «_____» _____20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» (ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103), в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01023- 25/01382399 от 10.09.2024 г*. (срок действия - бессрочно), выданной Министерством Здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская, 2, тел. 8(423)241-35-14), а также перечню предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, согласно Приложению N 1 к настоящему Договору, иных немедицинских услуг, в лице Главного врача Педченко Игоря Андреевича, действующего на основании доверенности № 1, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и гражданин РФ <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>, именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» (для целей настоящего договора Потребитель),

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Заказчик, руководствуясь пунктами 6.5–6.6 Оферты, подал Исполнителю письменное заявление (Приложение № 6) от «___» _____ 20___ г. об отказе:

- ☐ От всего Пакета услуг: _____(наименование услуг);
- ☐ От части Пакета услуг:_____(наименование услуг) _____ шт. (количество услуг).

2. Расчет суммы возврата (п. 6.5 Оферты): $V = S - \Sigma(N_i \times R_i) - C$

Показатель	**Значение**
Наименование Пакета	
Дата приобретения (оплаты) Пакета	
Срок действия Пакета (с учетом продления), до	
Количество услуг в Пакете, шт.	
S — стоимость Пакета, оплаченная Заказчиком, руб.	

Оказанные (использованные) услуги Пакета:

Услуга	**N_i — оказано, шт.**	**R_i — разовый тариф по Прейскуранту на дату приобретения, руб.**	**$N_i \times R_i$, руб.**
Итого стоимость оказанных услуг $\Sigma(N_i \times R_i)$			

C — организационно-административный сбор (Приложение № 1), руб.	
V — сумма к возврату = $S - \Sigma(N_i \times R_i) - C$, руб.	

Если V равна нулю или отрицательна, возврат не производится.

3. Возврату Заказчику подлежит сумма: _____ руб. (_____ рублей).

4. Способ возврата: ☐ на карту/счет, с которых произведена оплата ☐ по реквизитам, указанным в заявлении ☐ наличными в кассе Исполнителя.

5. Денежные средства подлежащие возврату Заказчику перечисляются последнему в течение 10 (десяти) календарных дней, которые отсчитываются с момента подписания Заказчиком дополнительного соглашения.

6. Заказчик с расчетом ознакомлен и согласен. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания каждой из сторон, составлено в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:
ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
Главный врач: Педченко И.А.

Заказчик/Пациент:
ФИО: <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>
Подпись: _____

Приложение № 8
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

Главному врачу ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»

Педченко И.А.

От _____

_____

_____

(контактные данные)

Заявление на продление пакета услуг

Прошу продлить срок Пакета услуг: _____ , приобретенного в дату: «____» _____ 20____ г.

Причины, препятствующие использованию Пакета услуг в отведенные сроки (уважительные причины):_____
_____
_____ .

Подтверждающие документы прилагаю: _____

_____
(дата)

_____ (_____)
(подпись)

□* Исполнитель согласовал продление пакета услуг. Срок действия пакета услуг продлен на ____ календарных дней, до «____»_____20___г.
Подпись Исполнителя:_____/_____/

□* Исполнитель не согласовал продление пакета услуг в связи с не предоставлением документов Заказчиком об уважительных причинах пропуска срока использования пакета услуг и/или по иным причинам:_____
(указываются иные причины)

Подпись Исполнителя:_____/_____/

*****Исполнитель проставляет знак V в одном из □ и проставляет подпись под одной из граф.

Приложение № 9
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

СМЕТА УСЛУГ № ___ от «___» _____ 20___ г.

(к Договору о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг от «___» _____ 20___ г.)

Исполнитель: ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103

Юридический адрес: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А, помещ Тел.: 2000-148.

Заказчик: _____

Потребитель (Пациент): _____

№	Наименование фактически оказанной услуги	Кол-во	Цена, руб.	Сумма, руб.	Врач
	ИТОГО:				

Срок оказания (использования) услуг: в день оформления сметы (день приемка)

Общая стоимость: _____ (_____) рублей, НДС не облагается.

Подписанием Сметы услуг Заказчик подтверждает согласование перечня, количества, стоимости и срока оказания (использования) услуг, указанных в настоящей Смете.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:_____ **Заказчик/Потребитель:_____**

АКТ № ___ от «___» _____ 20___ г.

Исполнитель: ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103

Юридический адрес: 690014, г. Владивосток, пр-т Народный, д. 11А, помещ Тел.: 2000-148.

Заказчик: _____

Потребитель (Пациент): _____

Всего наименований_, на сумму__ руб.

Вид оплаты	Сумма, руб.	Сумма остатка
		-

2. Услуги оказаны в полном объеме, качественно и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

2. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель:_____ **Заказчик/Потребитель:_____**

Приложение № 10
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ), СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ

(выписка из реестра лицензий по состоянию на 28.07.2026)

Лицензия	№ Л041-01023-25/01382399 от 10.09.2024, статус — действует
Лицензирующий орган	Министерство здравоохранения Приморского края
Лицензиат	ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ», ОГРН 1242500006671, ИНН 2543183103, 690014, Приморский край, г. Владивосток, пр-кт Народный, зд. 11А, помещ. 1
Последнее переоформление	приказ № 159 ЛОм от 28.07.2026

Адрес места осуществления деятельности	**Выполняемые работы, оказываемые услуги (приказ Минздрава России № 866н)**
690014, г. Владивосток, пр-кт Народный, д. 11А	При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; психиатрии; психотерапии; ревматологии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.
690014, г. Владивосток, пр-кт Народный, зд. 11Б	При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Выписка носит информационный характер. Актуальные сведения о лицензии размещены в едином реестре лицензий Росздравнадзора, на сайте https://bio-med.expert и на информационном стенде Исполнителя.

Приложение № 11
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

Главному врачу ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»

Педченко И.А.

От _____

_____

_____

(контактные данные)

Заявление об отказе от исполнения Договора оказания платных медицинских и иных услуг

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) Заказчика), дата рождения «___» _____ _____ г., являюсь Заказчиком по Договору оказания платных медицинских и иных услуг, заключенному путем акцепта Публичной оферты ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» (Заявление о присоединении к Оферте от «___» _____ 20___ г., идентификатор Договора (при наличии) _____).

Потребитель (Пациент), в пользу которого заключен Договор (заполняется, если Заказчик и Потребитель - разные лица): _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения).

На основании п. 1 ст. 782 Гражданского кодекса Российской Федерации, ст. 32 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.3 Оферты заявляю об отказе от исполнения Договора. Договор прекращается с даты получения Исполнителем настоящего заявления.

Расчеты по Договору (отмечается Заказчиком):

☐ оплаченных и не оказанных услуг (Пакетов) по Договору нет, требований о возврате денежных средств не имею;

☐ имеются оплаченные и не оказанные услуги (Пакет): возврат денежных средств прошу произвести в порядке, предусмотренном пунктами 6.5, 6.6 Оферты. Заявление на возврат денежных средств (Приложение № 6) прилагаю.

Мне разъяснено, что:

- отказ от Договора не освобождает от оплаты услуг, фактически оказанных до даты получения Исполнителем настоящего заявления, и фактически понесенных Исполнителем расходов (п. 7.3, 10.9 Оферты);
- медицинская документация, оформленная при оказании услуг, хранится Исполнителем в сроки, установленные законодательством Российской Федерации; я сохраняю право на получение медицинских документов, их копий и выписок (раздел 8 Оферты);
- отказ от Договора не является отзывом согласия на обработку персональных данных; такой отзыв оформляется отдельно (Приложение № 12);
- для получения услуг после прекращения Договора необходимо вновь присоединиться к Оферте в порядке, предусмотренном разделом 3 Оферты.

Способ подачи заявления: ☐ лично в регистратуре Исполнителя ☐ по почте заказным письмом ☐ тем же способом, которым заключен Договор (при дистанционном заключении).

«___» _____ 20___ г. _____ / _____
(дата) (подпись) (ФИО)

Отметка Исполнителя о получении заявления: получено «___» _____ 20___ г. в ___:___

Принял(а): _____ (должность) _____ (подпись) _____ (ФИО)

Приложение № 12
к Публичной оферте ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»
о заключении договора оказания платных медицинских и иных услуг
от 6 ноября 2026 г.

Главному врачу ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ»

Педченко И.А.

От _____

_____

_____

(контактные данные)

Отзыв согласия на обработку персональных данных

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных), дата рождения «___» _____ _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____ (наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан), адрес: _____,

☐ действую от своего имени;

☐ действую как законный представитель / представитель по доверенности субъекта персональных данных: _____ (ФИО, дата рождения), документ, подтверждающий полномочия: _____,

в соответствии с ч. 2 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон № 152-ФЗ) отзываю согласие на обработку персональных данных, данное ООО «БИОМЕД ЭКСПЕРТ» (далее - Оператор) «___» _____ 20___ г. (Приложение № 4):

☐ полностью; ☐ в части (отметить):

☐ направления информации о медицинских услугах Оператора и рекламных материалов;

☐ общения с индивидуальным менеджером посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной связи и SMS-сообщений;

☐ передачи сведений, составляющих врачебную тайну, физическим лицам, указанным в согласии;

☐ направления результатов обследований на адрес электронной почты;

☐ аудио- и видеозаписи оказания медицинских услуг;

☐ иное: _____.

Прошу прекратить обработку моих персональных данных в отозванной части и, если их сохранение более не требуется для целей обработки, уничтожить их в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с даты поступления настоящего отзыва (ч. 5 ст. 21 Закона № 152-ФЗ).

Мне разъяснено, что:

- Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Закона № 152-ФЗ, в том числе в медицинских целях, для исполнения заключенного Договора и обязанностей, возложенных на Оператора законодательством (ведение и хранение медицинской документации, представление сведений в государственные информационные системы, бухгалтерский и налоговый учет);
- медицинская документация не уничтожается и хранится в сроки, установленные законодательством Российской Федерации;
- отзыв согласия на обработку персональных данных не является отказом от Договора и отказом от медицинского вмешательства; отказ от Договора оформляется отдельно (Приложение № 11).

О результатах рассмотрения отзыва прошу уведомить меня: ☐ по почте на адрес, указанный выше ☐ по электронной почте: _____ ☐ лично.

«___» _____ 20___ г. _____ / _____
(дата) (подпись) (ФИО)

Отметка Исполнителя о получении заявления: получено «___» _____ 20___ г. в ___:___

Принял(а): _____ (должность) _____ (подпись) _____ (ФИО)