



Исполнитель _____
(наименование юридического лица)

(данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию),
действующий на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № _____ от «__» _____ 20__ г.
_____ (номер лицензии на осуществление медицинской деятельности,
дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа)
в _____ лице _____ представителя

_____ (должность, Фамилия, Имя, Отчество)
действующего на основании доверенности от «__» _____ 201__ г., с одной стороны, и
гр. _____ ("Заказчик/Пациент"), с другой стороны,
вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор-заказ о нижеследующем:

1. ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА:

ПАЦИЕНТ: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО	Дата рождения: ЧЧ.ММ.ГГГГ	Возраст: месяцев/год/лет	Пол: мужчина/женщина
моб. тел.: _____		дом. тел.: _____	
e-mail: _____			

2. УПОЛНОМОЧЕННОЕ ЛИЦО

Сведения о выбранных Заказчиком лицах («Уполномоченное лицо»), которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья, результатах исследования Заказчика/Пациента (ФИО гражданина, контактный телефон): _____

3. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ ОКАЗАТЬ, А ЗАКАЗЧИК ПРИНЯТЬ И ОПЛАТИТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ ЗАКАЗЧИКУ/ПАЦИЕНТУ:

№	Услуга	Цена, руб.	Цена со скидкой, руб.	Дата готовности* не позднее
1		0	0	ЧЧ.ММ.ГГГГ
2		0	0	

СУММА:	X	руб.		СУММА С УЧЕТОМ СКИДКИ:	X	руб.
ОБОСНОВАНИЕ СКИДКИ:	Сотрудник/Акция			ПОЛУЧЕННАЯ СУММА:	X	руб.
СУММА СКИДКИ:	X	руб.	(X %)	ЗАДОЛЖЕННОСТЬ:	X	руб.

* Примечание: «Дата готовности» означает, что исследование будет выполнено не позднее 24:00 даты, указанной в данной графе. Сроки выполнения исследования могут быть изменены в случаях, установленных нормативно-правовыми актами РФ, иными обязательными требованиями.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

Исполнитель обязуется:

- оказать медицинские услуги, согласованные в п.3 Договора-заказа, в соответствии с условиями заключенного Договора-заказа, а также применимыми Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи в указанный срок;
- сохранить конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/Пациента, а также факте обращения за медицинской услугой, кроме случаев, установленных законодательством.

Исполнитель вправе без дополнительного согласия Заказчика привлекать третьих лиц к исполнению настоящего Договора-заказа. Исследования биологического материала по настоящему Договору-заказу выполняются лабораторией ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (ОГРН 1027700046615), действующего на основании лицензии № ФС-99-01-009256 от 01.07.2016 г. на осуществление медицинской деятельности, в том числе, по клинической лабораторной диагностике, медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции.

Заказчик (пациент) обязуется:

- оплатить заказанные услуги в полном объеме в соответствии с п.5 Договора-заказа;
- в целях исполнения Договора-заказа указать в нем достоверные сведения, включая паспортные данные, заполнить анкету на сайте Исполнителя;
- обеспечить выполнение Пациентом требований к взятию биологического материала (согласно Правил самостоятельного взятия биоматериала, передаваемой Заказчику/Пациенту с расходными материалами для отбора первичной пробы), необходимых для качественного предоставления услуг Исполнителем.

Стороны обязуются соблюдать требования действующего законодательства РФ в области охраны здоровья граждан, законодательство о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции.

5. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

Расчеты за медицинские услуги по настоящему Договору-заказу производятся Заказчиком в порядке предварительной 100% предоплаты. В соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ услуги, оказываемые Исполнителем, НДС не облагаются. Стоимость расходных материалов для отбора первичной пробы включена в стоимость услуг по Договору-заказу.

В случае невозможности выполнения заказанных услуг, по согласованию с Заказчиком осуществляется повторное взятие биологического материала либо возврат стоимости фактически не выполненных услуг.

XXXXXXXXXX

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____ ЗАКАЗЧИК: _____

6. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

Заключая настоящий Договор-заказ, Заказчик подтверждает следующее:

- Заказчик/Пациент получил всю интересующую его информацию о заказанной услуге, квалификации Исполнителя;
 - Заказчик/Пациент уведомлен, что непредоставление достоверной и полной информации, несоблюдение требований к самозбору биологического материала, несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента;
 - Заказчик дает свое согласие и подтверждает согласие Пациента на обработку и хранение предоставленных персональных данных для исполнения настоящего Договора-заказа Исполнителем и привлеченными им третьими лицами, включая медицинские центры сети CMD*, а также в случаях, установленных действующим законодательством РФ, с соблюдением требований федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», на срок, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов;
- Заказчик/пациент вправе отозвать согласие на обработку персональных данных путем направления в установленном законом порядке путем направления соответствующего уведомления Исполнителю.

* Адреса и наименования юридических лиц сети CMD размещены на сайте <https://www.cmd-online.ru/patsientam/gde-sdat-analizu/>.

- В случаях, когда Заказчик не является Пациентом, он подтверждает, что действует добросовестно, по указанию и с согласия Пациента на получение платной медицинской услуги по проведению исследований в соответствии с условиями настоящего Договора-заказа, на получение Заказчиком результатов исследований Пациента. Заказчик самостоятельно отвечает перед Пациентом в случае нарушения им условий и предоставленных от имени пациента подтверждений, указанных в настоящем Договоре-заказе;
- Заказчик/Пациент не возражает против использования ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора в научных и исследовательских целях предоставленного им биологического материала и/или результатов исследования без указания персональных данных пациента (в обезличенном виде).

7. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ.

НОМЕР НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА-ЗАКАЗА, А ТАКЖЕ КОД ЗАКАЗА ЯВЛЯЮТСЯ СТРОГО КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ!

Сообщение номера Договора-заказа, кода заказа является подтверждением полномочий лица от сообщившего их Заказчика/Пациента на получение информации о результатах исследований. Исполнитель не несет ответственности, если в результате умышленных или неосторожных действий Заказчика/Пациента информация о номере Договора-заказа, коде заказа, и как следствие, о факте обращения за медицинской услугой, результатах исследований, станет доступной третьим лицам.

Результаты исследования предоставляются после 100% оплаты оказанных услуг и могут быть получены следующими способами:

Способ получения результатов исследований	Необходимые сведения для получения результатов
На сайте www.cmd-online.ru , сервис CMD Express	<ul style="list-style-type: none">• 20-тизначный код заказа, указанный в настоящем Договоре-заказе• номер Договора-заказа + ФИО пациента+дата рождения пациента
По телефону единого контактного центра CMD	<ul style="list-style-type: none">• номер Договора-заказа ФИО Заказчика/пациента
По гиперссылке* в сообщении, направленном на номер мобильного телефона, указанный в настоящем Договоре-заказе	<ul style="list-style-type: none">• номер мобильного телефона
По электронной почте*, указанной в настоящем Договоре-заказе	<ul style="list-style-type: none">• адрес электронной почты

* сервис доступен (без дополнительной оплаты) в случае заказа данной услуги и предоставления соответствующих контактных данных (номер телефона/адрес электронной почты). При этом Заказчик подтверждает свое согласие на передачу информации в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет и принимает все риски несанкционированного доступа третьих лиц к используемому им электронному устройству и приложениям, а также к каналам передачи информации операторов сотовой связи. В случае заказа данной услуги, Заказчик дает свое согласие на получение посредством сервисов обмена сообщениями (Viber, Whatsapp, Telegram, др.) по предоставленным им контактным данным сообщений о готовности результата с гиперссылкой на результаты исследований, а также рекламно-информационных материалов Исполнителя и партнеров, в том числе предложений о скидках и акциях. Заказчик имеет право отказаться от получения рекламно-информационных материалов либо от обработки предоставленных персональных данных в установленном законом порядке путем направления соответствующего уведомления Исполнителю/ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

Стороны несут ответственность по настоящему Договору-заказу в объеме и порядке, установленным действующим законодательством Российской Федерации.

Все претензии Заказчика, Пациента, Законного представителя Пациента по настоящему Договору-заказу подлежат разрешению в установленном действующим законодательством РФ порядке. Требования, связанные с недостатками оказанной услуги, могут быть заявлены указанными лицами при принятии оказанной услуги или в ходе оказания услуги либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии оказанной услуги, в течение двух месяцев с момента оказания медицинской услуги Исполнителем.

9. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

Настоящий Договор-заказ может быть изменен по соглашению Сторон, а также в случаях, установленных законодательством РФ.

В случае отказа Заказчика после заключения Договора-заказа от получения услуг Исполнителя, Договор-заказ расторгается, при этом Заказчик обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору-заказу.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ИНН _____ / ОГРН _____

Адрес места нахождения:

_____/ ФИО представителя/

(подпись)

ЗАКАЗЧИК:

Фамилия, Имя, Отчество,

Адрес места жительства: город, улица, дом, квартира

Паспортные данные: серия, №

Заказ составлен верно, данные

Заказчика/Пациента указаны корректно

(подпись)