Дополнительное соглашение № 1

к договору публичной оферты

на оказание платных медицинских услуг

**ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

г. Москва ДАТА

**Общество с ограниченной ответственностью «А медклиник»**(ООО «А медклиник»), (далее – **Исполнитель**) Свидетельство о государственной регистрации юридического лица в Едином государственному реестре юридических лиц выдано межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №46 по г. Москве от 29 октября 2020 года (ОГРН 1207700405648), в лице исполняющего обязанности генерального директора Турчинской Анастасии Игоревны, действующего на основании Доверенности № 14/03 от 14.0372024г., с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (далее – **Потребитель**), в интересах которого действует **(**при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – **Заказчик**, в случае отсутствия Заказчика далее в тексте под Заказчиком подразумевается **Потребитель**), с другой стороны, совместно именуемые **Стороны**, заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – **Соглашение**) к договору оказания платных медицинских услуг (далее – **Договор**) о нижеследующем:

1. **Исполнитель** обязуется оказывать **Потребителю** медицинские услуги по ведению беременности согласно перечню услуг, изложенному в п. 10, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги согласно стоимости, указанной в п. 5.
2. **Исполнитель**, включая обязательства по Договору, также обязуется:
   1. Оказывать своевременное медицинское наблюдение Потребителя в полном объёме, в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" и другими нормативными актами РФ, регулирующими правила и способы лечения в акушерско-гинекологической практике.
   2. Информировать **Потребителя** о возможных осложнениях для матери и плода, а также о рисках отказа от госпитализации.
   3. Давать полную информацию **Потребителю** о необходимых профилактических и лечебных мероприятиях.
   4. Назначать, согласовывать дату посещения **Потребителем** врача акушера-гинеколога и других специалистов.
3. **Потребитель**, включая обязательства по договору, также обязуется:
   1. Предоставлять полную и достоверную информацию медицинскому персоналу **Исполнителя**, непосредственно оказывающему услуги **Потребителю** (далее – **Врач)** о состоянии своего здоровья, правдиво информировать Врача до оказания медицинских услуг о перенесённых или возникших в период беременности заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и сообщать другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинских услуг.
   2. В случае возникновения болевых ощущений или ухудшения самочувствия в срочном порядке обратиться к Врачу.
   3. В случае параллельного наблюдения в других клиниках уведомить Врача о назначениях и результатах обследования.
4. Взаимоотношения сторон в рамках Соглашения вступают в силу с момента подписания Соглашения и продолжают действовать до исполнения Сторонами своих обязательств. Исполнение обязательств, указанных в п. 1 Соглашения, не влечёт расторжение Договора.
5. **Стоимость услуг Исполнителя** согласно перечню, указанному в п. 10, составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).
6. В случае отказа **Потребителя** от проведения обследования у **Исполнителя** по медицинским показаниям (по представлению заключения Врача), **Исполнитель** возвращает **Заказчику** уплаченные по Соглашению денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных **Исполнителем** услуг, пересчитанных согласно Прейскуранту, действующему на момент отказа. В случае отказа **Потребителя** от обследования по иным причинам, **Исполнитель** возвращает **Заказчику** денежные средства на аналогичных условиях, но в таком случае **Исполнитель** вправе (но не обязан) удержать неустойку в размере 25% от оставшейся к выплате суммы.
7. Соглашение является неотъемлемой частью Договора. Во всех взаимоотношениях Сторон, не урегулированных в настоящем Соглашении, Стороны руководствуются Договором и действующим законодательством РФ.
8. Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой **Стороны**. При наличии **Заказчика** Соглашение составляется в **трёх экземплярах**.
9. **Потребитель**, при наличии заболеваний, указанных в п. 9.1 Соглашения, обязан в течение 5 рабочих дней с момента заключения Соглашения предоставить **Исполнителю** документы, подтверждающие, что Потребитель состоит на учёте по основному заболеванию в профильном (специализированном) медицинском учреждении. В случае, если **Потребитель** не предоставляет такие документы, либо скрывает наличие заболеваний, указанных в п. 9.1 Соглашения, **Исполнитель** не несёт ответственности за возможные осложнения, вызванные оказанием **Потребителю** медицинских услуг без учёта специфики соответствующих заболеваний, а также вправе приостановить оказание услуг по Соглашению до предоставления соответствующих документов.
   1. Перечень заболеваний:

* Пороки сердца, за исключением пролапса митрального клапана 1-2 степени с регургитацией 1-2 степени
* Миокардиты, кардиомиопатии
* Аритмии сердца (требующие наблюдения в специализированном учреждении)
* Сахарный диабет (1 типа)
* Болезни крови (гемолитическая и апластическая анемия, гемобластозы, Тромбоцитопении, болезнь Верльгофа, болезнь Виллибранда)
* Хронические заболевания легких (в стадии суб- и декомпенсации)
* Системные заболевания соединительной ткани
* Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки с осложнениями в анамнезе
* Хронический активный гепатит, цирроз печени
* Гломерулонефрит, амилоидоз почек, хроническая почечная недостаточность
* Состояние после трансплантации органов
* Энцефалопатии любого происхождения
* Некомпенсированная эпилепсия и эписиндром, рассеянный склероз, нарушение мозгового кровообращения в анамнезе
* Тромбозы, тромбоэмболии в анамнезе
* Парезы, параличи в анамнезе
* Туберкулез любой локализации
* Злокачественные новообразования (при отсутствии рекомендаций онколога о возможном пролонгировании беременности)
* Психические заболевания
* Активный сифилис
* Резус-изосенсибилизация и резус-конфликт в предыдущих беременностях, тяжелые формы гемолитической болезни плода и новорожденного в анамнезе, неиммунная водянка плода в анамнезе
* Декомпенсации хронических экстрагенитальных заболеваний, не указанных выше

**10.ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ:**

**ПОДАРКИ**:

10% скидка на все услуги медицинского центра А Медклиник в т.ч. и для близких родственников (не действует на: на комплексные программы, выезды специалистов на дом, онлайн-консультации, генетические тесты)  
10-20% скидки у наших партнеров (детские товары, нижнее белье и многое другое)  
20% скидка на обучающие программы Akusherstvo.club  
Бесплатная парковка на услуги из контракта, филиал не имеет значения

ВСЕ ПОДРОБНОСТИ ПРИШЛЕМ ВАМ НА ПОЧТУ ПОСЛЕ ОПЛАТЫ!

**11.РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ООО «А медклиник»  ИНН 9705149334  КПП 770501001  Место нахождения: 115054, Москва г, Монетчиковский 3-й пер, дом 16, строение 1  Р/с 40702810601880001351 в АО «АЛЬФА-БАНК»  БИК 044525593(ИНН 7728168971, ОГРН 1027700067328)  Тел. +7 (495) 741-10-01, почта: [south@amed.clinic](mailto:south@amed.clinic) | и.о. генерального директора  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Турчинская А.И. |
| Потребитель: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (фамилия, имя, отчество)  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| Заказчик (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  серия номер  выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, КП: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |