**Приложение № 1**

**к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_2025 г.**

***Чек ап***

"Профилактика рака молочной железы с генетическим анализом"

с 18 до 40 лет

***Стоимость 12 500 руб***

1. **Объем предоставляемых услуг по программе**

**1.1. Консультации и осмотры специалистов *(однократно):***

* Прием (осмотр, консультация) врача онколога (специалиста в области маммологии) первичный

**1.2.Лабораторная диагностика (однократно)**

* Взятие крови из вены
* Наследственные случаи рака молочной железы и яичников BRCA1,BRCA2,CHEK2,NBS1
* СА 15-3 (Углеводный антиген 15-3, СА 15-3)(сыворотка крови)
* CА 72-4 (Углеводный антиген 72-4, CA 72-4)(сыворотка крови)

**1.3.Инструментальные методы исследования *(однократно):***

* УЗИ молочных желез( *Важно! УЗИ проводиться на 5-7 день цикла* )

**2. Порядок предоставления медицинских услуг**

2.1. Медицинские услуги оказываются Пациенту в соответствии с Программой при наличии документа, удостоверяющего личность Пациента.

2.2. Медицинские услуги оказываются в течении 14 дней с момента оплаты и заключения договора.

2.3. Персональный менеджер составляет расписание приема специалиста, УЗИ диагностики, маммографию, сдачу анализов, в соответствии с пожеланиями пациента и возможностями клиники.

***!!Запись на прием специалиста осуществляется после прохождения УЗИ диагностики и готовности результатов анализов !!***

2.4. Запись на прием осуществляется через услуги персонального менеджера, через личный кабинет на сайте <https://lk.zub.ru>, через собственное мобильное приложение;

2.5. Прямая связь с Контакт-центром сети клиник и дежурными специалистами отделения персонализированной медицины по телефону 8 (495) 925 88 78 и через социальные сети 24 часа в сутки

2.6. Для получения медицинских услуг Пациент может обратиться в «Поликлиника.ру» г. Москвы по адресу:

«Поликлиника.ру» на Сухаревской (адрес: Большой Сухаревской переулок. д. 19, стр. 2 м. Сухаревская)

**3. Исключения из Программы**

3.1. Услуги, не предусмотренные настоящей Программой или количественное превышение входящих в Программу услуг, оплачиваются дополнительно.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Заказчик:** |
|  |  | **ОГ** |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |