

Уважаемый Заказчик (Потребитель)!

В соответствии с ч. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение требований п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, до заключения договора оказания платных медицинских услуг Вам разъясняется, что каждый гражданин имеет возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Вам также разъясняется, что отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» информирует Заказчика (Потребителя) о том, что Общество не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг Вам разъясняется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «Клиника Выздоровления», 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 Вашего здоровья.

Договор оказания платных медицинских услуг №

г.Абинск

«___»_____ 202__ года

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления», адрес в пределах места нахождения (юридический адрес): 350047, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красных партизан, д. 30 пом. 518, ОГРН 1232300019060, ИНН 2376005980/ КПП 230801001, лицензия Министерства здравоохранения Краснодарского края на осуществление медицинской деятельности от 31.07.2023 № Л041-01126-23/00667213, в лице директора Умудумова Яниса Саввича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) _____, дата рождения: «___»_____ г., адрес места постоянной регистрации _____, фактический адрес места жительства (почтовый адрес на который Исполнитель может направить ответы на письменные обращения) _____, данные документа, удостоверяющего личность: _____ серия _____ номер _____, кем/когда выдан _____, телефон: _____, адрес электронной почты: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (далее-Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги) по прейскуранту, утвержденному Исполнителем, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых медицинских услуг, их стоимость, сроки их оказания определяются и подписываются Сторонами отдельно в Приложении к договору на оказание платных медицинских услуг, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора (далее-Приложение к договору).

1.2. В целях настоящего Договора Заказчик является Потребителем - имеющим намерение получить медицинские услуги в соответствии с Договором. Потребитель, получающий медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции на момент возникновения правоотношений (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ)).

1.3. Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что до подписания Договора Исполнитель ознакомил его с прейскурантом цен, Положением о гарантиях, Правилами предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» (далее-Правила от 11.05.2023 № 736), возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы (в т.ч. территориальной) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях.

1.4.Срок выполнения медицинских услуг, указанных в Приложении к договору, в случае необходимости проведения дополнительных исследований считается промежуточным. Подписывая настоящий Договор, Заказчик тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем конечные сроки выполнения исследований ему известны и устраивают его.

1.5.Медицинские услуги предоставляются при условии их полной оплаты Заказчиком.

1.6.Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Заказчика и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений).

1.7.Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что ему разъяснено и понятно содержание, характер, цели выполнения медицинских манипуляций, в том числе, что процедура забора биологического материала, а также последствия его забора могут быть связаны с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры, включая возможное появление гематомы на месте укола в целях забора крови. Место венепункции, скарификации может стать входными воротами инфекции при несоблюдении пациентом гигиенического режима в области раны в течение первых нескольких дней после процедуры. Заказчик сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств.

1.7.1.При оказании медицинских услуг по настоящему Договору Исполнитель вправе сотрудничать с иными медицинскими организациями, специалистами и привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему договору в части выполнения лабораторных исследований. В данном случае Заказчик признает правомерность и юридическую силу любого аналога собственноручной подписи, в том числе (но не ограничиваясь) факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного сотрудника привлекаемого третьего лица на документах, связанных с исполнением Договора в части выполнения лабораторных исследований.

1.7.2.Срок выполнения некоторых лабораторных услуг, указанных в Приложении к договору, может быть увеличен в связи с временными перебоями поставок реагентов для лаборатории.

1.7.3.В случае проведения микробиологических исследований при обнаружении в клиническом материале нормальной микрофлоры определение чувствительности к антибиотикам не проводится.

1.7.4.Стороны Договора понимают, что в силу сложности технологического процесса и специфики оказываемых услуг не исключаются ситуации, при которых Исполнителю в целях качественного оказания медицинских услуг необходимо будет осуществить повторный забор (далее - перезабор) биологического материала Заказчика. Исполнитель информирует Заказчика о необходимости осуществления перезабора звонком по номеру телефона Заказчика, указанному в Договоре. При невозможности дозвониться до Заказчика в течение одного рабочего дня, Исполнитель вправе проинформировать Заказчика по адресу электронной почты, указанному в Договоре. При этом необходимость осуществления перезабора не влияет на согласованную ранее стоимость медицинских услуг по Договору.

1.8.Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту нахождения обособленного подразделения, указанного в Приложении к договору.

2. Права и обязанности Сторон

2.1.Исполнитель уведомляет Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с п. 3 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.2.Исполнитель обязуется:

2.2.1. Оказать Заказчику медицинские услуги в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора качественно и в срок (с учетом п. 1.4. настоящего Договора).

2.2.2. Оказать Заказчику медицинские услуги с соблюдением действующего, на момент возникновения правоотношений, законодательства Российской Федерации, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

2.2.3. Предоставить результаты лабораторных исследований Заказчику в печатном виде на бумажном носителе (бланке Исполнителя), а в случае согласия Заказчика и указания адреса электронной почты обеспечить отправку результатов исследований в электронном виде.

2.2.4. Предоставлять Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

в) перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил от 11.05.2023 № 736.

2.2.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации, на момент возникновения правоотношений, требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2.6. В соответствии с ч.1 ст.13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ не передавать и не показывать третьим лицам находящиеся у Исполнителя сведения о факте обращения Заказчика за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.2.7. В случае получения письменного заявления Заказчика об отзыве согласия на обработку персональных данных, Исполнитель, как оператор персональных данных обязуется прекратить обработку персональных данных Заказчика, кроме случаев установленных законодательством Российской Федерации.

2.3. Права Исполнителя:

2.3.1. Не приступать к оказанию медицинских услуг до момента исполнения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных условиями Договора, и подписания согласия на медицинское вмешательство (в том числе на отдельные виды медицинских мероприятий), иных видов соглашений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и необходимых Исполнителю для оказания медицинских услуг.

2.3.2. Изменять прейскурант медицинских услуг в одностороннем порядке.

2.3.3. В случаях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, определять и заменять медицинских работников.

2.3.4. Исполнитель вправе перенести оказание медицинских услуг на другое время в случае возникновения обстоятельств, затрудняющих оказание медицинских услуг по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры и т.п.), а также в случае необходимости оказания лечебно-диагностических мероприятий другому пациенту по экстренным, неотложным ситуациям. При этом Исполнитель информирует Заказчика о времени оказания медицинских услуг.

2.3.5. Отказаться в оказании медицинских услуг в случае выявления у Заказчика противопоказаний к проведению соответствующих медицинских мероприятий, нарушения Заказчиком медицинских предписаний.

2.3.6. Получать от Заказчика необходимую для выполнения своих обязательств по Договору информацию. В случае отказа в предоставлении, неполного предоставления информации, либо предоставления недостоверной информации Заказчиком, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.7. В целях контроля режима работы работников, для обеспечения безопасности, защиты прав и законных интересов Исполнителя, для разрешения спорных вопросов и конфликтных ситуаций или в иных установленных законодательством Российской Федерации целях, Исполнитель вправе проводить фото- и видеозапись (съемку) оказываемых медицинских услуг, в том числе стоматологических, рентгенологических и услуг операционного блока.

2.3.8. При выдаче результатов исследований в печатном виде на бумажном носителе (бланке Исполнителя), с целью сохранения сведений, составляющих врачебную тайну, Исполнитель вправе произвести идентификацию Заказчика любыми правомерными доступными способами, позволяющими идентифицировать личность Заказчика.

2.4. Заказчик обязан:

2.4.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные Приложением к договору, в соответствии с п.1.1 настоящего Договора.

2.4.2. После ознакомления с противопоказаниями и возможными негативными последствиями (рисками), ожидаемыми результатами оказания конкретного вида медицинских услуг, возможными видами медицинского вмешательства, дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.

2.4.4. Предоставить Исполнителю достоверную информацию о себе, включающую данные о перенесенных заболеваниях, непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы.

2.4.5. Выполнять все указания (рекомендации), назначения медицинских работников Исполнителя и третьих лиц, привлеченных Исполнителем для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также выполнять рекомендации и указания, предписанные на период после оказания медицинских услуг; соблюдать режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другие предписания; немедленно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.4.6. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя, если иное не будет согласовано с лечащим врачом.

2.4.7. При прохождении курса лечения согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарственных препаратов, витаминов, пищевых добавок, средств народной медицины, косметических средств, проведение любых влияющих на организм процедур (лечебных, косметических, диетических), поездки в другие климатические зоны и т.д.

2.4.8. Посещать медицинских работников Исполнителя и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Заказчика на прием к медицинским работникам Исполнителя в установленное время, время повторного приема определяется Исполнителем, исходя из утвержденного рабочего графика (расписания) и свободного времени медицинских работников Исполнителя.

2.5. Права Заказчика:

2.5.1. Получать в течение срока действия Договора квалифицированные медицинские услуги в порядке и на условиях определенных настоящим Договором, в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации на момент возникновения правоотношений.

2.5.2. Заказчик вправе отказаться от получения медицинских услуг установленных Договором полностью или частично до окончания срока его действия, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего Договора.

2.5.3. Заказчик вправе требовать от Исполнителя предоставления информации о состоянии своего здоровья и иной информации, относящейся к предмету Договора, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.5.4. Заказчик самостоятельно выбирает необходимые медицинские услуги из тех, которые оказываются Исполнителем.

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в Приложении к договору, определяется Сторонами в соответствии с действующим прейскурантом медицинских услуг Исполнителя. Основанием для оплаты Заказчиком в полном объеме медицинских услуг является подписанное Приложение к договору.

3.2. Оплата медицинских услуг может быть произведена как в наличной форме, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, так и в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Моментом оплаты медицинских услуг является день фактического поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

3.4. В случае невозможности выполнения Договора Исполнителем, возникшей по вине Заказчика, медицинские услуги, оказанные Исполнителем, подлежат оплате в полном объеме.

4. Порядок оказания медицинских услуг

4.1. Медицинские услуги оказываются Заказчику за плату в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим законодательством Российской Федерации на момент возникновения правоотношений, на основании медицинских показаний при наличии согласия Заказчика. Исполнитель гарантирует оказание медицинских услуг надлежащего качества.

4.2. Медицинские услуги считаются полученными Заказчиком с момента их фактического оказания Исполнителем, что подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя.

4.3. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача Заказчиком информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинских услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинских услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Заказчик и Исполнитель несут ответственность, предусмотренную Договором и действующим законодательством Российской Федерации на момент возникновения правоотношений.

5.2. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что до его заключения он уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на общем состоянии здоровья Заказчика.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за качество расходных материалов и лекарственных средств, которые были самостоятельно приобретены Заказчиком.

При предоставлении Заказчиком результатов исследований, выполненных в сторонних организациях, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и третьих лиц и не несет ответственности за достоверность представленных результатов.

5.4. Исполнитель не несет ответственность за качество биологического материала Заказчика забор и доставка которого была произведена Заказчиком самостоятельно.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за сохранность имущества (в том числе наличных денежных средств), документов и ценностей Заказчика, находящихся в помещении Исполнителя. Меры к их сохранности должен взять на себя сам Заказчик.

5.6. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Приложении к договору, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6. Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до 31 декабря текущего календарного года, но в любом случае до полного исполнения Сторонами принятых по Договору обязательств.

6.2. Условия Договора могут быть изменены путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору.

6.3. Возникающие спорные ситуации и разногласия разрешаются Сторонами в претензионном порядке (досудебным порядком урегулирования спора). Претензия рассматривается Стороной в течение 30 (тридцати) дней с даты ее получения, кроме случаев, когда иной срок установлен Законом

Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» (в редакции на дату подписания настоящего Договора).

Все неурегулированные путем переговоров споры, связанные с заключением, толкованием, исполнением, изменением и расторжением настоящего Договора, разрешаются в судебном порядке согласно действующему законодательству Российской Федерации.

6.4. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по обоюдному согласию Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Заказчик вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору при условии полной оплаты Исполнителю фактически оказанных медицинских услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору при условии полного возмещения Заказчику убытков.

Письменное уведомление одной из Сторон об отказе от исполнения обязательств по Договору направляется противоположной Стороне за 10 (десять) календарных дней до предполагаемой даты такого отказа. Договор, в таком случае, прекращает свое действие с 11 (одиннадцатого) календарного дня направления Стороной указанного уведомления об отказе от исполнения обязательств по Договору.

6.6. В случае расхождения условий Договора с условиями Приложения к договору, преимущественную юридическую силу имеют условия, изложенные в Приложении к договору.

6.7. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные Приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью и считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6.8. Заказчик признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи лица, имеющего право действовать без доверенности от имени Исполнителя на настоящем Договоре, а также на документах, связанных с исполнением настоящего Договора.

6.9. Настоящий договор составлен в письменной форме, на русском языке, в двух идентичных экземплярах имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Прочие условия

7.1. Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что ознакомлен с прејскурантом медицинских услуг Исполнителя.

7.2. В соответствии с лицензией Министерства здравоохранения Краснодарского края на осуществление медицинской деятельности от 31.07.2023 № Л041-01126-23/00667213 (адрес места нахождения: 350063, Краснодарский край, Краснодар, ул. Коммунаров, 276/1), Исполнитель осуществляет следующие виды работ и услуг: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:

ООО «Клиника Выздоровления»
ОГРН 1232300019060
ИНН 2376005980
КПП 230801001
Юридический адрес:
350047, Краснодарский край, г. Краснодар,
ул. Красных Партизан, д.30, помещ. 518
Почтовый адрес:
353320, Краснодарский край,
г. Абинск, ул. Советов, д.43г
Банковские реквизиты:
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619
ПАО СБЕРБАНК г. Краснодар
БИК 040349602
к/с 30101810100000000602
р/с 40702810630000053113
контактный номер телефона:
+7(861) 200-26-02
e-mail: kv-abinsk@ya.ru

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.) _____
Адрес места регистрации: _____

Адрес места жительства (направления почтовой
корреспонденции): _____

Данные документа, удостоверяющего личность:

контактный номер телефона: _____
e-mail:(при наличии): _____

Исполнитель:

_____/Директор Я.С. Умудумов
(подпись/расшифровка подписи)

Заказчик:

_____/_____
(подпись/расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
дата рождения _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(указать адрес места регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю своё информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств в отношении меня, 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 23.04.2012 № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060 .

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ +7 ()
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный номер телефона)

_____ +7()
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный номер телефона)

_____ +7()
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, контактный номер телефона)

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

« _____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____, дата рождения _____,
(ФИО (при наличии) полностью субъекта персональных данных)
паспорт _____ выдан _____,
(серия) (номер) (когда/ кем выдан)
зарегистрированного по адресу: _____,

руководствуясь ст. ст. 9, 10, 10.1 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060, как оператору персональных данных в целях оказания платных медицинских услуг (в том числе стоматологических) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведений о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведений о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

Я соглашаюсь с тем, что ООО «Клиника Выздоровления» вправе привлекать для выполнения вышеуказанных полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц без дополнительного согласия субъекта персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание платных медицинских услуг должного качества, при исполнении договорных обязательств, идентификация стороны в рамках договорных обязательств, поддержание связи с субъектом персональных данных, в том числе направление уведомлений, запросов и информации, касающихся оказания платных медицинских услуг, обработка запросов и жалоб, хранение, информирование о ранее оказанных медицинских услугах, внесение их в электронные базы данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) и иные цели, определенные видами деятельности ООО «Клиника Выздоровления», а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано полностью или частично, путём подачи письменного заявления не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты отзыва согласия. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «Клиника Выздоровления» обязуется прекратить их обработку в срок установленный Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« _____ » _____ 20____ г.

_____/_____
подпись / ФИО (при наличии)

СОГЛАСИЕ
на получение медицинской документации
по открытым каналам связи

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью субъекта персональных данных)

дата рождения _____, документ удостоверяющий личность _____,
серия _____, номер _____, кем /когда выдан _____,

адрес места регистрации (с индексом): _____,

фактический адрес места жительства (заполняется в случае несовпадения с адресом места регистрации): _____,

пользуясь правом, предоставленным мне статьями 13, 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **разрешаю отправку заключений специалистов, результатов исследований, сданных (проведенных) мною (мне) в ООО «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060, по указанному мной адресу электронной почты:** _____,

(адрес электронной почты)

и/ или в виде сообщений в мессенджерах (WhatsApp, Telegram) с использованием сети Интернет, по указанному мной номеру контактного телефона: _____.

Подписывая данное согласие:

-Я проинформирован (а), что электронная почта, мессенджеры (WhatsApp, Telegram) использующие сеть Интернет, являются открытыми источниками информации и незащищенными открытыми каналами связи. За несанкционированный доступ третьих лиц к моему электронному почтовому ящику и мессенджерам (WhatsApp, Telegram) использующим сеть Интернет, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации, оператор персональных данных - ООО «Клиника Выздоровления», ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом третьих лиц к моему электронному почтовому ящику и мессенджерам (WhatsApp, Telegram) использующим сеть Интернет.

-Я проинформирован(а), что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, а также консультаций специалистов, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

-Я уведомлен(а) о том, что результаты некоторых видов анализов выдаются только медицинским персоналом при личном обращении пациента/законного представителя пациента и не могут быть отправлены по электронной почте и /или мессенджерам (WhatsApp, Telegram) использующим сеть Интернет.

-Я проинформирован(а), что вправе указать любой номер мобильного телефона любого оператора сотовой связи, действующего на территории Российской Федерации.

-Я подтверждаю, что по указанному мною в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва, либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством Российской Федерации.

Я сохраняю за собой право отозвать свое согласие на получение результатов медицинских анализов и медицинских обследований по открытым каналам связи (по электронной почте) и /или мессенджерам (WhatsApp, Telegram) использующим сеть Интернет, полностью или частично, путем подачи письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

(дата)

(подпись)

*Отправка результатов анализов по электронной почте и /или мессенджерам (WhatsApp, Telegram) использующим сеть Интернет, осуществляется с возможной задержкой от 1 до 4 рабочих дней по истечении срока выполнения исследования.