

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

« ____ » _____ 202 ____ г.

г. Новокузнецк

Общество с ограниченной ответственностью «Випзон», ОГРН 1224200004654, ИНН 4217204840, КПП 421701001, адрес юридического лица: 654080, Кемеровская область, г Новокузнецк, р-н Центральный, ул Тольятти, д. 31, помещ. 136, в лице Генерального директора Поповой Елены Олеговны, действующей на основании Устава и Лицензии № Л041-01161-42/00890937 от 22.11.2023 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

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

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____, проживающий по адресу: _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется оплатить данные услуги.

1.2. Виды предоставляемых платных медицинских услуг, их стоимость указана в Приложении № 1 к договору.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Расходы, связанные с оказанием Пациенту медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

1.5. Исполнитель уведомляет Пациента о том, что на территории медицинской организации ведется видеонаблюдение в целях: обеспечения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; обеспечения антитеррористической, пожарной и общей безопасности в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 8 от 13.01.2017 «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности объектов (территорий) Министерства здравоохранения Российской Федерации и объектов (территорий), относящихся к сфере деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации, и форм паспортов безопасности таких мест и объектов (территорий)».

1.5.1. Видеонаблюдение осуществляется в зонах общего пользования (коридоры, холлы, входные группы).

1.5.2. Видеозаписи хранятся в течение 30 дней, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

1.5.3. Доступ к видеозаписям предоставляется только уполномоченным лицам в рамках их должностных обязанностей и в случаях, предусмотренных законодательством.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с п.1.2 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если федеральным законом или иными нормативными актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности, срок ее действия и перечень разрешенных работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указаны в п. 7 настоящего договора).

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По требованию Пациента предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

Исполнитель: _____

Пациент: _____

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Предоставить Пациенту (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- 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;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- копии медицинских документов (выписки из медицинского документа), отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), справку об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк. Запрашиваемые документы предоставляются Пациенту в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

2.1.6. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.9. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.1.10. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 2).

2.1.11. Обеспечить информирование Пациента о ведении видеонаблюдения путем размещения информационных табличек в зонах, где осуществляется видеонаблюдение.

2.2. Исполнитель имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Пациентом назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

2.3. Пациент (законный представитель Пациента) обязуется:

2.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.4. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 1.2 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Пациент дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и устанавливается в Приложении № 1 к настоящему договору.

3.2. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию Пациента или Исполнителя является обязательным.

Исполнитель: _____

Пациент: _____

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом (законным представителем Пациента) неполной информации о своем здоровье (здоровье Пациента, законным представителем которого он является) в соответствии с п. 2.3.1 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.3 и п. 3.6 настоящего договора.
- 4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

- 5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 5.3. Исполнитель гарантирует, что видеозаписи, полученные в результате видеонаблюдения, используются исключительно в целях, указанных в п. 1.5. настоящего Договора, и не передаются третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Заключительные положения

- 6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента (законного представителя Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 6.2. Пациент подтверждает, что он уведомлен о ведении видеонаблюдения на территории медицинской организации и согласен с обработкой видеозаписей в целях, указанных в п. 1.5. настоящего Договора.
- 6.3. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
- 6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в виде дополнительного соглашения в письменной форме.
- 6.5. Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.
- 6.6. В случае отказа Пациента (законного представителя Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент (законный представитель Пациента) оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 6.7. Оплату фактически оказанных Исполнителем Пациенту медицинских услуг, в случае досрочного расторжения настоящего Договора по основаниям, указанным в п. 6.13 Договора, Пациент (представитель Пациента) обязан произвести в течение 3 рабочих дней со дня расторжения Договора.
- 6.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
- 6.9. Исполнитель обеспечивает хранение настоящего договора в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

7. Сведения о лицензии исполнителя

Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения выдавшего ее лицензирующего органа:

- Регистрационный номер лицензии: Л041-01161-42/00890937;

- Дата предоставления лицензии: 22.11.2023;

- Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Кузбасса;

- Лицензируемый вид деятельности: Медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);

- Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности: 654080, Кемеровская область - Кузбасс, г.о. Новокузнецкий, г. Новокузнецк, р-н Центральный, ул. Гольятти, д. 31, помещ. 136 (Кабинет);

- Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющих лицензируемый вид деятельности:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1. при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- сестринскому делу в косметологии;

2. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- дерматовенерологии;

- косметологии.

Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 694л от 22.11.2023 г.

Исполнитель: _____

Пациент: _____

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ООО «Випзон»
ОГРН 1224200004654
ИНН 4217204840
КПП 421701001
адрес юридического лица: 654080, Кемеровская область, г
Новокузнецк, р-н Центральный, ул Тольятти, д. 31, помещ. 136

Пациент:

Адрес места жительства: _____

Документ, удостоверяющий личность: паспорт РФ серии _____ №
_____, выдан _____

«__» _____ г.
Телефон: _____

Генеральный Директор ООО «Випзон»

Попова Е.О. // _____
М.П.

_____ // _____

Исполнитель: _____

Пациент: _____

Генеральному Директору
ООО «Випзон»
Поповой Е.О.

От _____,

проживающего по адресу:

телефон: _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) платных медицинских услуг, уведомлен о том, что несоблюдение указаний (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 моем (или лица, законным представителем которого являюсь) состоянии здоровья.

« _____ » _____ 20__ г.

(подпись)

(ФИО гражданина либо законного представителя)

Исполнитель: _____

Пациент: _____

**ВИДЫ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ИХ СТОИМОСТЬ**

№ п/п	Код медуслуги	Наименование медуслуги	Количество услуг	Стоимость услуги (руб.)
1.				
2.				
3.				
4.				

«__» _____ 202__ г. _____ / _____

Исполнитель: _____

Пациент: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____, проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Випзон», ОГРН 1224200004654, ИНН 4217204840
(полное наименование медицинской организации)

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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

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

«___» _____ г.
(дата оформления)

Исполнитель: _____

Пациент: _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ПОЛУЧЕНИЕ НОВОСТНОЙ И РЕКЛАМНОЙ РАССЫЛКИ**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя) (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

_____, проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Випзон», ОГРН 1224200004654, ИНН 4217204840
(полное наименование медицинской организации)

на:

1. Оказание платных медицинских услуг, в соответствии с заключенным договором:

1.1. Я получил(-а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) медицинских услуг, даю согласие на оказание мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) платных медицинских услуг и готов(-а) их оплатить.

1.2. Я ознакомлен(-а) с действующим прейскурантом и согласен (-на) оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре.

1.3. Я уведомлен(-а) о том, что на территории медицинской организации ведется видеонаблюдение в целях: обеспечения контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; обеспечения антитеррористической, пожарной и общей безопасности в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 8 от 13.01.2017 «Об утверждении требований к антитеррористической защищенности объектов (территорий) Министерства здравоохранения Российской Федерации и объектов (территорий), относящихся к сфере деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации, и форм паспортов безопасности таких мест и объектов (территорий)».

2. Обработку персональных данных:

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Учреждением (далее – Оператор) моих (или лица, законным представителем которого являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, данные основного документа, удостоверяющего личность, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) (при наличии), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне (или лицу, законным представителем которого являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (или данные лица, законным представителем которого являюсь), в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, органам государственной власти, уполномоченным составлять протоколы и рассматривать дела об административных правонарушениях, страховым организациям в связи с исполнением договора на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, страхователю, Фонду социального страхования Российской Федерации, учреждению медико-социальной экспертизы и другим медицинским организациям, иным лицам только в связи моими (или лица, законным представителем которого являюсь) обследованием и лечением.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными (или данными лица, законным представителем которого являюсь), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные (или данные лица, законным представителем которого являюсь) посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, страховым организациям в связи с исполнением договора на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными (или данными лица, законным представителем которого являюсь) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных (или данных лица, законным представителем которого являюсь) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных (или данных лица, законным представителем которого являюсь) в иных случаях может осуществляться только с моего письменного согласия.

2.2. Я уведомлен(-а), что видеозаписи, полученные в результате видеонаблюдения, используются исключительно в целях, указанных в п. 1.3 настоящего Согласия, и не передаются третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.3. 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.

2.4. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

3. Получение новостной и рекламной рассылки:

3.1. Я выражаю полное и безоговорочное согласие Учреждению на использование моих данных (или лица, законным представителем которого являюсь) для поддержания связи со мной любым способом, включая телефонные звонки на указанный стационарный и/или мобильный телефон, отправку СМС-сообщений на указанный мобильный телефон, отправку электронных писем на указанный электронный адрес с целью информирования о новых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об услугах, высылки новостей и т.п.

3.2. Настоящее согласие дано с целью оперативного получения новостей о новых услугах, о специальных предложениях, бонусах и различного рода рекламных мероприятиях, направленных на продвижение услуг/товаров.

3.3. 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.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

«___» _____ г.

(дата оформления)

Исполнитель: _____

Пациент: _____