

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

8.5. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему была предоставлена возможность ознакомиться с действующими нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения: Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральный закон № 152-ФЗ «О персональных данных», Положением об обработке персональных данных в ООО МЦ «Любимый доктор», размещёнными на сайте Исполнителя (<http://lovedok.ru>) и информационных стендах Исполнителя.

8.6. Информационные стенды Исполнителя находятся в приемных отделениях по адресам: 614068, Пермский край, г. Пермь, ул. Екатеринбургская, 202, 614012, Пермский край, г. Пермь, Карпинского, 112, 614097, Пермский край, г. Пермь, ул. Желябова, 16.

8.7. В соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ Стороны договорились, что Исполнитель вправе использовать при подписании настоящего Договора и приложений к нему (в т.ч. дополнительных соглашений и актов) факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи.

9. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

9.1. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:

9.1.1. Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Любимый доктор»;

9.1.2. Юридический адрес: 614068, г. Пермь, ул. Екатеринбургская, 202;

9.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: 614068, Пермский край, г. Пермь, ул. Екатеринбургская, 202; 614012, Пермский край, г. Пермь, Карпинского, 112. 614097, Пермский край, г. Пермь, ул. Желябова, 16; 614000, Пермский край, г. Пермь, ул. Пермская, 29; 614010, Пермский край, г. Пермь, ул. Вильгельма де Геннина, 3.

9.1.4. ОГРН 1085902002185, от 28.02.2008, ИФНС России по Ленинскому району г. Перми;

9.1.5. Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01167-59/00363434 от 30.08.19 выдана Министерством здравоохранения Пермского края (614006, г. Пермь, Ленина, 51, тел.: (342) 217-79-00).

9.2. СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ:

9.2.1. Фамилия, имя и отчество: _____

9.2.2. Дата рождения: _____

9.2.3. Адрес места жительства: _____

9.2.4. Контактный номер телефона: _____

9.3. СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ:

9.3.1. Фамилия, имя и отчество: _____

9.3.2. Серия и номер паспорта: _____

9.3.3. Дата выдачи паспорта: _____

9.3.4. Наименование органа, выдавшего паспорт: _____

9.3.5. Код подразделения: _____

9.3.6. Адрес места жительства: _____ >

9.3.7. Контактный номер телефона: _____

9.3.8. Адрес электронной почты _____

ЗАКАЗЧИК _____ / _____ /

ОТ ИСПОЛНИТЕЛЯ: _____ **Чубаров Сергей Александрович**

Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

ЗАКАЗЧИК _____ / _____ /



Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Любимый доктор»
Юридический адрес: Пермский край, г. Пермь, ул. Екатеринбургская, д. 202
ИНН 5902163411 ОГРН 1085902002185 КПП 590301001
Телефон. +7 (342) 259-53-03
Сайт: lovedok.ru

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) 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 потребителя.

ПОДПИСЬ _____

ДОГОВОР № <НОМЕР ДОГОВОРА> ВОЗМЕДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Пермь _____

Медицинская организация **Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Любимый доктор»**, именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице директора Чубарова С.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин(ка) РФ _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о следующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с «Прейскурантом медицинских услуг» (Далее – Прейскурант), действующему на момент оказания услуг.

1.2. Прейскурант утверждается руководителем Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость, сроки их оказания и находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя (<http://lovedok.ru>) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.3. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

1.4. Перечень услуг, которые надлежит оказать Исполнителю, определяется Заказчиком самостоятельно с учетом известных противопоказаний и рекомендациями (назначением) врача, в соответствии с Прейскурантом и указывается в Приложениях, которые оформляются при каждом обращении Пациента за предоставлением медицинских услуг. Приложения к договору являются неотъемлемой частью Договора.

1.5. Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными по времени и технологическим подходам друг от друга и являются самостоятельными медицинскими услугами.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (Заказчика) и согласия на оказание медицинской услуги на возмездной основе за счет собственных средств.

2.2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на осуществление медицинской деятельности, порядками, стандартами и другими документами, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Исполнителем медицинских услуг должно соответствовать данным требованиям.

2.5. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнителем должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.6. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.7. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. В случае отказа Потребителя (Заказчика) в предоставлении Исполнителю указанного согласия, Исполнитель имеет право отказать Потребителю (Заказчику) в оказании платных медицинских услуг, за исключением оказания медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика).

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

2.9. Ожидание оказания платных медицинских услуг осуществляется в регистратуре Исполнителя. Срок ожидания платных медицинских услуг не может превышать 45 минут, а в случае оказания другому Потребителю экстренной медицинской помощи врачом оказывающим услугу до 2 часов

2.10. Выдача Потребителю и(или) Заказчику после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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 осуществляется по письменному заявлению Заказчика в течение 30 календарных дней

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг на момент обращения. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя (<http://lovedok.ru>) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

3.2. Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю непосредственно в день оказания услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

3.3. Заказчик оплачивает услуги Исполнителя, путем перечисления денежных средств на расчетный счет организации, в кассу предприятия, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. По требованию Потребителя (Заказчика) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

3.5. При первом обращении к Исполнителю за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости Потребитель (Заказчик) дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Заказчик вправе:

4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителем фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.3. Получать от Исполнителя медицинские услуги согласно настоящему Договору, по стоимости, утвержденной Прейскурантом.

4.4. Направлять обращение (жалобу) в органы государственной власти. Обращение в адрес ООО МЦ «Любимый доктор» может быть отправлено в письменной форме почтовым отправлением по адресу: г. Пермь, ул. Екатеринбургская 202.

4.5. Заказчик обязан:

4.6. Своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных в Договоре.

4.7. Соблюдать режим работы отделений Исполнителя, внутренний режим нахождения в медицинской организации, которые размещены на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя (<http://lovedok.ru>) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

4.8. Нести ответственность перед Исполнителем за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ

4.9. По запросу Исполнителя предоставлять документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

4.10. Сообщать уполномоченному медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаний к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакций, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания медицинских услуг.

4.11. Ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.12. Исполнитель вправе:

4.13. Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя (Заказчика) всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.

4.14. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

4.15. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

4.16. Исполнитель обязан:

4.17. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения: о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы, о методах оказания медицинской услуги, связанной с ней рисками, возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.18. Оказывать Потребителю медицинскую услугу по Договору с учетом состояния здоровья, показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями и стандартами, установленными на территории Российской Федерации, дополнительные немедицинские услуги (по желанию Потребителя (Заказчика), а также возможности Исполнителя по письменному соглашению Сторон).

4.19. Соблюдать установленные законом Российской Федерации порядки оказания медицинской помощи.

4.20. Нести ответственность за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, предусмотренную действующим законодательством РФ.

4.21. Возмещать вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.22. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.23. Предоставлять Потребителю (Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья Потребителя, 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.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

5.2. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов. В этом случае Заказчик обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении Договора по инициативе Заказчика и выставляет Заказчику счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю услуг(и), от которых(ой) он отказался. Заказчик с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить.

5.3. Уплаченные Заказчиком денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору, подлежат возврату Заказчику в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

5.4. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5.5. Исполнителем после прекращения исполнения Договора выдаются Потребителю (Заказчику) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Информация о факте обращения Потребителя (Заказчика) за медицинской помощью, состоянии здоровья Потребителя и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

6.2. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, может предоставляться Исполнителем без согласия Потребителя (Заказчика) только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.4. Непосредственно до оказания медицинских услуг Потребитель (Заказчик) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор действует до 31 декабря _____ года и автоматически продлевается на каждый следующий год, если ни одна из Сторон не заявит о своем намерении прекратить его не позднее, чем за месяц до истечения срока действия Договора.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

8.2. Все приложения, дополнения и изменения являются неотъемлемой частью Договора, оформляются в письменной форме и подписываются обеими Сторонами.

8.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

8.4. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему была предоставлена в доступной форме информация о возможности 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;



Приложение № 1 к договору № _____ от _____

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, представитель _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Осознаю и понимаю, что платные медицинские услуги по настоящему Договору оказываются по моей просьбе и с моего добровольного информированного согласия, что не нарушает законного права на бесплатную медицинскую помощь в рамках «Программы государственных гарантий».
2. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию со специалистом (врачом) выбраны медицинские услуги, которые я хочу получить в ООО Медицинский центр «Любимый доктор» и согласен(на) оплатить их в соответствии с действующим прейскурантом.
3. Проинформирован(на), что могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО Медицинский центр «Любимый доктор».
4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
5. Осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения несовершеннолетний должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов (врачей) ООО Медицинского центра «Любимый доктор».
6. Уведомлен(а) 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 потребителя.
7. Ознакомлен(а) и получил(а) полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг в ООО Медицинский центр «Любимый доктор», даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
8. Осознаю и понимаю, что для установления правильного диагноза и назначения корректного лечения, врачу необходимо провести обследование. В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию, суточное мониторирование АД и ЭКГ, спиррографию, респираторный мониторинг; ультразвуковые и доплерографические исследования;
9. Разъяснено и согласен(на), что в случае опоздания на прием на 15 и более минут сотрудники ООО МЦ «Любимый доктор» имеют право перенести прием на другое время (кроме оказания экстренной медицинской помощи), в связи с отсутствием возможности оказания качественной медицинской помощи за ограниченное время.
10. Согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, даже в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Дата <ДАТАПолн> _____ / _____ / _____



Приложение № 2 к договору № _____ от _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О.Заказчика _____
Проживающий (ая) по адресу: _____
Паспорт _____
Контактный номер телефона: _____
Адрес электронной почты: _____

Ф.И.О.Потребителя _____
Дата рождения: _____
Проживающий (ая) по адресу: _____

и в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие на обработку **ООО МЦ «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»** (далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, данные о праве на льготные рецепты, выписанные льготные рецепты при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.**

В процессе оказания Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения несовершеннолетнего.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Уведомлен и согласен, что в организации ООО МЦ «Любимый доктор» в целях повышения эффективности действий при возникновении нештатных и чрезвычайных ситуаций, обеспечения противопожарной защиты зданий и сооружений, обеспечения антитеррористической защиты работников и пациентов, совершенствования исполнения работниками своих трудовых обязанностей, исполнения трудовых функций, совершенствования системы информирования и оповещения об угрозе возникновения кризисных ситуаций, выявления и пресечение противоправных действий со стороны работников и посетителей ведется видеонаблюдение, и предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, полученными в результате аудио-видео съемки, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, передачу, уничтожение, а так же использовать и ссылаться для урегулирования возможных конфликтных ситуаций (споров).

Я предоставляю право медицинским работникам осуществлять на указанные мобильные телефонные номера и адрес электронной почты информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о необходимости / возможности пройти вакцинацию или диспансеризацию, о готовности результатов медицинских анализов и обследований, о скидках/акциях/новых услугах.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (двадцать пять лет - для стационара, двадцать пять лет – для поликлиники).

Настоящее согласие дано мной _____ и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

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 СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ _____ / _____ / _____



Приложение № 3 к договору № _____
от _____

**СОГЛАСИЕ
НА ОТПРАВКУ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПО АДРЕСУ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ**

Я, _____, даю согласие на отправку результатов медицинских исследований по адресу электронной почты и иных информационных ресурсов.

Адрес электронной почты: _____

Контактный номер телефона: _____

Даю согласие на передачу результатов медицинских исследований по электронной почте и иных информационных ресурсов, осознаю возможность несанкционированного доступа к ней третьих лиц. Уведомлен и согласен, что Оператор не несет ответственности за неполучение пациентом отправленных по электронной почте результатов исследований из-за технических неполадок в сети Интернет. Уведомлен и согласен, что Оператор не несет ответственности за утечку информации, возникшую в результате умышленных действий третьих лиц по несанкционированному доступу к электронной почте, а так же за умышленные действия пациента и третьих лиц, связанные с предоставлением заведомо ложной информации о личности пациента и его состоянии.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /