Приложение № 1
К договору оказания платных
медицинских и медико-сервисных услуг

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

Я, 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения мной / лицом, представителем которого я являюсь (Пациент), первичной медико-санитарной помощи в выбранном Лечебно-профилактическом учреждении, Обществе с ограниченной ответственностью «Регион-Медсервис».

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я уведомлен путем выражения согласия с условиями настоящего Договора в порядке, описанном в преамбуле Оферты, путем проставления отметки согласен («галочки») на сайте https://rms-med.ru/, мобильном приложении.

Приложение № 2

Согласие на обработку персональных данных и передачу информации, составляющей врачебную тайну

1. Согласие на обработку персональных данных гражданина

1.1. Настоящим **Заказчик** свободно, своей волей и в своем интересе дает Лечебно-профилактическому учреждению, Страховой компании застрахованным лицом которой является Заказчик (в случае если Услуги оказываются по полису ДМС,) и **Обществу с ограниченной ответственностью «Регион-Медсервис»** (адрес: 123007, г. Москва, ул. 4-ая Магистральная, д.11, ОГРН: 1097746255441) **согласие на обработку своих персональных данных и данных Пациента, представителем которого он является** и в интересах которого он заключает настоящий Договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных".

1.2. Настоящее согласие является конкретным, информированным и сознательным.

1.3. Целью обработки персональных данных является исполнение настоящего Договора. Персональные данные могут быть использованы с иными целями, если это является обязательным в соответствии с положениями законодательства Российской Федерации.

1.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: Фамилия, Имя, Отчество, данные документа удостоверяющего личность, день, месяц и год и место рождения, гражданство, адрес электронной почты, номер телефона, изображение гражданина, запись его голоса, информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, поставленном в рамках очного обращения в медицинские учреждения и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, а также любые иные данные, которые могут быть получены в ходе исполнения настоящего Договора.

1.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: все действия с персональными данными необходимые для выполнения условий настоящего Договора, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (распространение) персональных данных.

1.6. Настоящее согласие дано на срок действия настоящего Договора.

2. Согласие на передачу информации, составляющей врачебную тайну

2.1. Для целей исполнения настоящего Договора Заказчик дает согласие на передачу ЛПУ, врачу, оказывающему услуги по настоящему Договору, Страховой компании застрахованным лицом которой является Заказчик (в случае если Услуги оказываются по полису ДМС) и Обществу с ограниченной ответственностью «Регион-Медсервис», (адрес: 123007, г. Москва, ул. 4-ая Магистральная, д.11, ОГРН: 1097746255441, в рамках настоящего Договора - Исполнитель) информации о нем и Пациенте, представителем которого он является и в интересах которого он заключает настоящий Договор, составляющей врачебную тайну (информация о факте обращения Пациента или Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении).

3. Согласие на обработку персональных данных и информации составляющей врачебную тайну

3.1. Во исполнение положений пункта 7 Статьи 362 № 242 ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" Заказчик дает согласие на обработку информации составляющей врачебную тайну и согласие на передачу и обработку своих персональных данных и данных Пациента, представителем которого он является, партнерской компании Исполнителя.

Заказчик_____