

До заключения договора ООО «Медико-биологический центр» (далее – Исполнитель) настоящим уведомляет

(ФИО, полностью)

(далее – Потребитель) 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 потребителя)

Договор на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от « _____ » _____ 202 ____ г.

В соответствии с Постановлением правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006 Общество с ограниченной ответственностью «Медико-биологический центр», г. Великий Новгород, ул. Королёва, д. 7, корп. 1 тел.: 8(8162)66-76-16 (свидетельство серия 53 №0744430 о внесении ООО «МБЦ» в ЕГРЮЛ за №1025300783496 от 20.09.2002г., выдано Инспекцией МНС России по г. Великий Новгород.) действующее на основании лицензии № ЛО41-01073-53/00355568 от 10.08.2020 г., работы (услуги), выполняемые при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной генетике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эндокринологии. При проведении медицинских экспертиз по: судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств и исследованию биологических объектов (генетической); экспертизе временной нетрудоспособности. Выданы Комитетом по охране здоровья населения области, 173005, Великий Новгород, пл. Победы-Софийская 1, тел. 8(8162)732297, и Устава, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Скакуна Владимира Николаевича, с одной стороны, и

_____, (далее - «Потребитель»)
(ФИО, полностью)

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом договора является выполнение Исполнителем в интересах Потребителя работ, связанных с проведением генетической экспертизы (исследования) по установлению биологического родства (в дальнейшем — Исследование) между указанными им лицами:

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. _____

1.2. Стоимость работ, указанных в п.1.1. составляет _____ руб.

1.3. Исследование проводится в срок не более 30 рабочих дней с момента предоставления сравнительных образцов и предварительной оплаты работы.

1.4. В случае предоставления Потребителем непригодных сравнительных образцов проведение Исполнителем исследования приостанавливается, и работа считается выполненной ввиду объективной невозможности получения достоверных результатов по вине Потребителя. Исследование может быть возобновлено после повторного представления Исполнителю необходимых сравнительных образцов, полученных с соблюдением требований, указанных на сайте (www.dnk-test.com) и предварительной дополнительной оплаты Потребителем дальнейших работ в размере 50% от первоначальной их стоимости. При этом срок выполнения дополнительного исследования устанавливается не более 15 рабочих дней с момента получения сравнительных образцов и осуществления дополнительной оплаты.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Потребитель обязуется:

2.1.1. Предоставить сравнительные образцы (биологический материал) для исследования или обеспечить явку указанных им лиц, чьи образцы необходимы для их получения специалистами Исполнителя.

2.1.2. Обеспечить при самостоятельном получении сравнительных образцов соблюдение требований, указанных на сайте (www.dnk-test.com) по изъятию и представлению биологического материала.

2.1.2. Уведомить Исполнителя перед забором биологического материала о процедурах переливания крови, трансплантации костного мозга в течение последних 6 месяцев или процедуре искусственного (экстракорпорального) оплодотворения, проведенных любому из лиц, участвующих в данном исследовании или его родителям.

2.1.3. Оплатить исследование согласно п.п.1.2.,1.4. настоящего Договора.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Выполнить работы, связанные с проведением генетического исследования по установлению биологического родства после заключения договора, предоставления сравнительных образцов и предварительной оплаты в соответствии с п.п.1.2.,1.4. в срок, предусмотренный п.п.1.3.,1.4.

2.2.2. Представить Потребителю результаты исследования в виде соответствующего акта (заключения).

3. СТОИМОСТЬ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Потребитель производит оплату за медицинские услуги согласно п.п.1.2 в размере 100% по действующему прейскуранту цен на расчетный счет или в кассу Исполнителя непосредственно в день заключения договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявленных к методам диагностики, Потребитель вправе предъявить Исполнителю требования о возмещении убытков, согласно законодательству РФ.

4.2. Все споры, возникающие между сторонами по Договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения согласия, спор решается в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. При самостоятельном получении сравнительных образцов Потребителем и предоставлении их с нарушением требований, указанных на сайте (www.dnk-test.com), Исполнитель не несет ответственности за их достоверность и результаты исследования, на которые они повлияли.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

5.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по данному Договору.

5.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу (по одному экземпляру для каждой из Сторон).

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Исполнитель берет на себя обязательства по неразглашению конфиденциальной информации о Потребителе и иных лицах, полученной им в результате исполнения обязательств по настоящему Договору. Конфиденциальной по настоящему Договору признается следующая информация:

- факт обращения Потребителя для проведения исследования;
- номера генетических профилей Потребителя и иных лиц, биологический материал которых использовался для проведения исследования;
- сведения о наличии или отсутствии родства между лицами, в отношении которых проводилось исследование.

Исполнитель оставляет за собой право использовать информацию, полученную в результате проведения исследования, в научных целях на условиях анонимности.

6.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия Потребителя.

6.3. В случаях, предусмотренных действующим законодательством, результаты исследования могут быть сообщены следственным, судебным или иным уполномоченным органам по их требованию.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ НАСТОЯЩЕГО ДОГОВОРА

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Договору, если оно было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы: пожар, война, стихийные бедствия, эпидемии, акты государственных органов и т.д.

8.2. Сторона, лишенная возможности выполнять свои обязательства по Договору ввиду обстоятельств форс-мажора, должна в течение 5 (пяти) дней уведомить об этом другую Сторону.

8.3. Если обстоятельства непреодолимой силы действуют более трех месяцев, каждая из сторон вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору. В этом случае ни одна из Сторон не будет предъявлять претензии по поводу понесенных убытков.

9. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подписывая данный договор подтверждает свое согласие на обработку своих персональных данных Исполнителем, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, генетический код, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

9.2. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи Потребитель предоставляет право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах диагностики, обследования.

9.3. Потребитель предоставляет Исполнителю право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС.

9.4. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) персональными данными Потребителя со страховыми медицинскими организациями, обслуживающими Потребителя 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.

9.5. Исполнитель имеет право на осуществление обработки персональных данных Потребителя для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных.

9.6. Срок хранения персональных данных Потребителя соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

9.7. Передача персональных данных Потребителя иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Потребителя.

9.8. Настоящее согласие Потребителя на обработку своих персональных данных действует бессрочно.

9.9. Потребитель имеет право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку законному представителю Исполнителя.

9.10. В случае получения письменного заявления Потребителя об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи Потребителю.

10. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

10.1. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

10.2. На условиях и в порядке предоставления медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Исполнитель не предоставляет.

10.3 Сроки исполнения медицинских услуг составляют не более 30 рабочих дней с момента подписания Договора и предварительной оплаты услуг, предусмотренных п. 3.1. настоящего Договора.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Потребитель (законный представитель Потребителя):

ФИО _____

Адрес места жительства _____

Телефон _____

(подпись потребителя)

Исполнитель:

ООО "Медико-биологический центр"

173011, г. Великий Новгород,

ул. Королёва, д. 7, корп. 1, тел.: 8(8162)66-76-16

ИНН 5321072246

КПП 532101001

р/с 40702810543000002982

Банк АРХАНГЕЛЬСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 8637 ПАО
СБЕРБАНК

к/с 3010181010000000601

БИК 041117601 ОКВЭД 86.90.9 ОКПО 52048631

ОГРН 1025300783496

Генеральный директор _____ / В.Н. Скакун

Договор на оказание платных медицинских услуг

В соответствии с Постановлением правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006 Общество с ограниченной ответственностью «Медико-биологический центр», г. Великий Новгород, ул. Маловишерская, д. 3, тел.: 8(8162)90-05-80 (свидетельство серия 53 №0744430 о внесении ООО «МБЦ» в ЕГРЮЛ за №1025300783496 от 20.09.2002г., выдано Инспекцией МНС России по г. Великий Новгород.) действующее на основании лицензии № ЛО41-01073-53/00355568 от 10.08.2020 г., именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора {фио_директора_организации}, действующий на основании Устава, с одной стороны, и представитель {фио_зак-го_предст-ля} несовершеннолетнего ребенка {фио_пациента}, именуемый в дальнейшем Заказчик, действующий в интересах Пациента, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства выполнить медицинские услуги согласно перечню, указанному в Акте об оказании медицинских услуг, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 1.2. Результатом оказания Пациенту медицинских услуг являются копии медицинских документов с результатами диагностических исследований и консультаций, которые выдаются Заказчику через администратора или иным согласованным с Заказчиком способами.
- 1.3. Заказчик дает Исполнителю информированное согласие 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 состоянии здоровья пациента.

Стоимость и порядок оплаты

- 2.1. Заказчик производит оплату за медицинские услуги согласно перечню, указанному в Акте об оказании медицинских услуг, в размере 100% по действующему прейскуранту цен в кассу Исполнителя непосредственно в день оказания услуги или заключения договора.
- 2.2. Оплата оказываемых по Договору медицинских услуг производится в российских рублях.

Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

- 3.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 3.1.2. Обеспечить Заказчика необходимой и достоверной информацией по оказанию платных медицинских услуг.
- 3.1.3. Сохранять конфиденциальность информации, касающейся Заказчика (Пациента) и ставшей известной Исполнителю в ходе исполнения Договора (за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации).
- 3.1.4. Своевременно информировать Заказчика о любых обстоятельствах, препятствующих выполнению Исполнителем условий Договора.
- 3.2. Исполнитель вправе:
 - 3.2.1. Требовать от Заказчика предоставления информации, необходимой для качественного и полного оказания Пациенту медицинских услуг.
 - 3.2.2. В одностороннем порядке приостановить (прекратить) оказание согласованных медицинских услуг Пациенту в случае потенциальной возможности нанесения любого вреда его здоровью, неадекватного поведения, а также, в случае нарушения Заказчиком (Пациентом) любого условия настоящего договора.
 - 3.2.3. Корректировать согласованное время начала приема врача, если оказание помощи предыдущему Пациенту по объективным причинам задерживается.
 - 3.2.4. При опоздании Пациента на прием более, чем на 10 минут, администратор в праве пригласить на прием следующего по очереди пациента или пациента вне записи. Опоздавший Пациент будет принят в порядке очереди или перезаписан на другое время.
 - 3.2.5. Отказать Пациенту в приеме, если он пришел без предварительной записи при отсутствии свободных мест у соответствующих специалистов.
- 3.3. Обязанности Заказчика:
 - 3.3.1. При заключении договора ознакомиться с действующим прейскурантом на медицинские услуги.
 - 3.3.2. Оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
 - 3.3.3. Предоставить необходимую информацию о состоянии здоровья, о проведенных ранее процедурах или ином медицинском вмешательстве, а также о наличии ранее установленных заболеваний, об анатомно-физиологических особенностях организма, обо всех принимаемых лекарственных или иных препаратах, об особенностях питания и образе жизни. Неисполнение этого обязательства может повлечь неблагоприятные последствия для Заказчика при отсутствии вины Исполнителя.
 - 3.3.4. При заключении Договора сообщить Исполнителю все сведения о наличии у Пациента непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведенных ранее процедурах или ином медицинском вмешательстве, а также о наличии ранее установленных заболеваний.
 - 3.3.5. Строго соблюдать действующий внутренний распорядок медицинского учреждения, четко следить за выполнением Пациентом требований и рекомендаций лечащих врачей, своевременно информировать лечащих врачей об изменениях состоянии здоровья Пациента.
 - 3.3.6. Выполнять рекомендации и назначения лечащего врача, соблюдать назначенный режим лечения, не корректировать назначения самостоятельно, вовремя являться на запланированные консультации.
 - 3.3.7. При получении результатов обследования, при оформлении любых заявлений, иметь при себе и предъявить по первому требованию администратора удостоверение личности – паспорт гражданина РФ. При получении любых документов в отношении третьих лиц, предъявлять документ, подтверждающий право получения таких документов (подтверждение родственных связей, доверенность и т.д.).

3.4. Заказчик вправе:

- 3.4.1. Отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.
- 3.4.2. Отказаться от SMS, e-mail оповещения, письменно уведомив об этом Исполнителя.

Конфиденциальность

- 4.1. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в процессе исполнения настоящего договора.
- 4.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Ответственность сторон

- 5.1. Учреждение несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.
- 5.2. В случае несоблюдения Заказчиком (Пациентом) пунктов 3.3.3., 3.3.4., 3.3.5. настоящего Договора неисполнения рекомендованного плана лечения, Заказчик несет полную ответственность за наступившие неблагоприятные последствия предоставления медицинских услуг.
- 5.3. В случае невозможности выполнения услуги, возникшей по вине Заказчика (Пациента), услуги подлежат оплате в размере расходов, фактически понесенных Исполнителем.
- 5.4. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по Договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

5.5. Отсутствие ожидаемого Заказчиком результата, если сотрудники Исполнителя предприняли все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от них требовалась по характеру обязательств и условиями настоящего Договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

Разрешение споров

6.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.
6.2. Все вопросы, связанные с исполнением Сторонами настоящего договора, или вытекающие из него, разрешаются путем переговоров. В случае невозможности урегулировать разногласия между сторонами путем переговоров, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке.

Срок действия договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Заказчиком и действует до конца календарного года.
7.2. Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе любой из сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.
7.3. Исполнение обязательств из настоящего Договора может быть приостановлено Исполнителем в одностороннем уведомительном порядке, в случае возникновения у Заказчика задолженности по ранее оказанным услугам.

Форс-мажор

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Договору, если она была вызвана обстоятельствами непреодолимой силы: пожар, война, стихийные бедствия, эпидемии, акты государственных органов и т.д. Выполнение обязательств сторон будет отложено на срок действия данных обстоятельств.
8.2. Сторона, лишенная возможности выполнять свои обязательства по Договору ввиду обстоятельств Форс-мажора, должна в течение 3 (трех) дней уведомить об этом другую Сторону.
8.3. Если обстоятельства непреодолимой силы действуют более трех месяцев, каждая из Сторон не будет предъявлять претензии по поводу понесенных убытков.

Заключительное положение

9.1. Заказчик (Пациент) настоящим дает согласие на получение SMS оповещений на контактный мобильный телефон о дате и времени приема по записи, а так же любой другой информации или рекламы от Исполнителя, касающейся оказания медицинских услуг.
9.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
9.3. Настоящим Договором Заказчик дает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных Заказчика (Пациента), законным представителем которого он является.

Реквизиты и подписи сторон

Учреждение

Наименование: {полное_наименование_организации}
Юр. адрес: {юридический_адрес_организации}
ИНН {инн_клиники}/КПП {кпп_клиники}
Р/с {расчетный_счет_клиники}
Банк: {наименование_банка_клиники}
ФИО директора: {фio_директора_клиники}

Подпись:

Законный представитель

ФИО: {фio_зак-го_предст-ля_(сокращенное)}
Паспорт: {номер_(паспорт_зак-го_предст-ля)} {серия_(паспорт_зак-го_предст-ля)} {место_выдачи_(паспорт_зак-го_предст-ля)} {дата_выдачи_(паспорт_зак-го_предст-ля)}
Адрес: {адрес_зак-го_предст-ля}

Подпись:

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся) {фио_пациента}

(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия {серия_(паспорт_пациента)} номер {номер_(паспорт_пациента)}
выдан {место_выдачи_(паспорт_пациента)} {дата_выдачи_(паспорт_пациента)}

(кем и когда выдан)

проживающий(ая) по адресу: {адрес_пациента}

адрес регистрации: _____

телефон: {моб_телефон_пациента} электронная почта: {email_пациента}

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией {полное_наименование_организации}

(наименование медицинской организации)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, и другую информацию в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы _____, включение в списки (реестры) и отчетные

(при наличии указать)

формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций) без специального уведомления меня об этом. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования).

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам¹:

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Подпись субъекта

персональных данных _____ / _____
(подпись) (расшифровка)

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

¹ Заполняется по желанию законного представителя субъекта персональных данных

**Информированное согласие законного представителя
несовершеннолетнего / недееспособного пациента
на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных
категорий персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) {фио_зак-го_предст-ля}
(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью)

Паспорт, серия {серия_(паспорт_зак-го_предст-ля)} номер {номер_(паспорт_зак-го_предст-ля)}
выдан {дата_выдачи_(паспорт_зак-го_предст-ля)} {место_выдачи_(паспорт_зак-го_предст-ля)}
{код_подразделения_(паспорт_зак-го_предст-ля)}
(кем и когда выдан)

являясь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель, др.) {фио_пациента}
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

{дата_рождения_пациента} г.р.
Документ, подтверждающий полномочия представителя, (при необходимости)

(Наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьей 13
Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
подтверждаю свое согласие на обработку медицинской
организацией {полное_наименование_организации}

(наименование медицинской организации)

{фио_пациента}

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (проживания), контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, и другую информацию в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны. В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные,

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания медицинской помощи

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы _____, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу) персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), без специального уведомления меня об этом.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность результатов исследования)

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах обращения

(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)

за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в том числе через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания следующим лицам¹:

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) полностью, контактный телефон)

Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Подпись субъекта
персональных данных _____ / _____

« ____ » _____ 20__ г.