УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____, подтверждаю, что:
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)

(1) ознакомился(ась) с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами;
(2) ознакомился(ась) с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, размещенных на информационных стендах (стойках) Исполнителя;
(3) предупрежден(а) о том, что в помещениях Исполнителя с целью антитеррористической и пожарной безопасности; внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; сохранности материальных ценностей и оборудования ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.
Я также информирован(а) о возможности получения мной 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.
Я информирован(а) о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платные медицинские услуги.
Пациент _____ (_____) _____ г.
(Подпись) *(Фамилия И.О.)* *(Дата)*

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г.Брянск «____» _____ 20___ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Кончиц Натальи Анатольевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____,
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
1.2. Конкретный перечень медицинских услуг и их стоимость согласованы Сторонами и указаны в Спецификации, являющейся неотъемлемой частью Договора. Спецификация к Договору подписывается при каждом обращении Пациента за медицинскими услугами.
1.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией, регистрационный номер Л041-01133-32/00360788 от 30.07.2019 г., выданной Департаментом здравоохранения Брянской области на выполнение следующих видов работ (услуг):
- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; реабилитационному сестринскому делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; косметологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; сурдологии-оториноларингологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; - при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; - при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); - при проведении медицинских освидетельствований по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством).
Перечень услуг, оказываемых по конкретному адресу, определяется лицензией на осуществление медицинской деятельности.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:
2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством РФ, в том числе:
а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации;
б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
в) на основе клинических рекомендаций;
г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).
2.1.2. Довести до сведения Пациента следующую информацию:
– о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о профессиональном образовании и квалификации медицинских работников и графике их работы;
– о порядке оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при наличии), в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
– о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (об уровне его профессионального образования и о квалификации), а также иной информацией и сведениями в соответствии с требованиями российского законодательства;
– о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинских услуг, о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для оказания качественных медицинских услуг, иной информацией и сведениями в соответствии с требованиями российского законодательства.
2.1.3. Использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
2.1.4. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.
2.1.5. Предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению.
2.1.6. После исполнения Договора, по письменному запросу Пациента выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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 в порядке и сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.
2.1.7. Оформлять листки временной нетрудоспособности и иные медицинские документы согласно нормативным актам РФ.
2.1.8. По запросу Пациента выдать документы, необходимые для получения социального налогового вычета на лечение.
2.1.9. Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи доводятся до сведения пациента в рамках Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Запрашивать у Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.
2.2.2. Получать плату за оказание услуг по настоящему Договору.
2.2.3. По согласованию с Пациентом перенести время оказания медицинских услуг.
2.2.4. Отказаться от исполнения Договора в связи с невозможностью оказания Пациенту услуг, соответствующих установленным законом требований к качеству и безопасности медицинской помощи, в том числе, если Пациент или сопровождающие его лица в момент оказания услуг находятся в алкогольном, наркотическом, токсическом опьянении, а также в случае нарушения ими Правил внутреннего распорядка для пациентов; либо в связи с отсутствием лицензии у Исполнителя на медицинскую услугу, запрашиваемую Пациентом; либо в связи с иными объективными обстоятельствами.
2.2.5. В случае непредвиденного отсутствия назначенного врача, по согласованию с Пациентом, предложить ему другого специалиста соответствующего профиля или перенести дату и время оказания услуг.
2.2.6. В случае опоздания Пациента более чем на 50% установленной продолжительности оказания услуги, Исполнитель считает его не явившимся на прием и оставляет за собой право на перенос или отмену срока оказания услуги, если нет возможности продлить его без нарушения интересов последующих пациентов.

2.2.7. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи. Указанные в настоящем пункте услуги оказываются безвозмездно в соответствии с 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2.2.8. При наличии показаний специалистов Исполнителя, при возникновении в ходе лечения осложнений, предложить и организовать госпитализацию Пациента в специализированное медицинское учреждение.
2.2.9. Приостановить исполнение своих обязательств в случае наличия у Пациента неоплаченной задолженности за оказанные услуги и/или отказаться от исполнения Договора и потребовать возмещения убытков в судебном порядке.
2.3. Пациент обязуется:
2.3.1. Предоставить Исполнителю достоверную информацию, в том числе о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, наличии хронических заболеваний, об известных ему аллергических реакциях, о принимаемых до начала лечения препаратах, применяемых медицинских изделиях, в том числе имплантированных в организм, о наличии беременности и другой информации, необходимой для оказания медицинской помощи.
2.3.2. Выполнять все требования, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, план лечения, в том числе в период после оказания медицинских услуг, информировать Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) о невыполнении назначений и причинах этого.
2.3.3. Соблюдать режим работы Исполнителя, Правила внутреннего распорядка для пациентов, размещенные на информационных стендах (стойках) Исполнителя (по месту нахождения Исполнителя) в месте, доступном Пациенту для ознакомления с ним, а также на официальном интернет-сайте Исполнителя www.mydoctor32.ru.
2.3.4. Незамедлительно сообщать о любых отклонениях в состоянии своего здоровья, возникших до или после оказания услуг.
2.3.5. Явиться на прием к медицинскому специалисту в срок согласно предварительной записи. При первом обращении к Исполнителю явиться не позднее, чем за 10 минут до начала приема, оформить в регистратуре необходимые документы. В случае невозможности явиться на прием, заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени по телефону (4832) 30-03-03, а также иными доступными разрешенными способами.
2.3.6. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.
2.3.7. Своевременно сообщить Исполнителю об изменении данных, указанных в разделе 9 Договора.
2.4. Пациент имеет право:
2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.
2.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, а также выбирать лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.
2.4.3. Перенести ранее назначенный ему срок оказания медицинской услуги на другое время, заблаговременно уведомив об этом Исполнителя.
2.4.4. В порядке, установленном законодательством РФ, получить платную медицинскую услугу на анонимной основе, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ. При этом в силу ст. 168 ГК РФ такой договор будет признан недействительным в случае возникновения конфликта по поводу качества медицинской помощи.
2.5. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение назначений (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.
2.6. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. СРОКИ ОЖИДАНИЯ, СРОКИ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг определяются как промежуток времени между обращением Пациента за медицинскими услугами к Исполнителю и (1) записью Пациента на свободное время в графике приема медицинского работника Исполнителя, когда Пациент выбирает время приема медицинского работника Исполнителя, исходя из предложенного автоматизированной системой записи на прием, либо сотрудником Исполнителя; (2) при отсутствии условия о предварительной записи срок ожидания медицинской услуги определяется как «в день обращения в порядке очереди».
3.2. Предварительным условием получения услуги Пациентом является предоставление Пациентом на приеме у медицинского работника Исполнителя информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством РФ.
3.3. Срок предоставления медицинских услуг определяется датой Спецификации.
3.4. Исполнитель вправе по своему усмотрению привлекать к оказанию медицинских услуг по настоящему Договору иные медицинские организации (третьи лица), имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности и соответствующие требованиям законодательства Российской Федерации.
3.5. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Исполнителя в соответствии со ст. 160 ГК РФ.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги Прейскурантом Исполнителя, размещенном на официальном сайте Исполнителя www.mydoctor32.ru, а также на информационных стендах (стойках). Информацию о стоимости услуг можно также получить по телефону (4832) 30-03-03, в часы работы Исполнителя. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте. Пациент соглашается с этим правом и признает для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.
4.2. Пациент понимает и соглашается с тем, что изменение стоимости услуг в течение срока действия Договора может повлечь увеличение стоимости оказываемых услуг.
4.3. Оплата медицинских услуг производится Пациентом в полном объеме в день оказания услуг после фактического их получения Пациентом по Прейскуранту, действующему у Исполнителя на момент оказания медицинских услуг.
4.4. Основанием для оплаты медицинских услуг является подписанная Пациентом Спецификация в соответствии с п. 1.2 Договора.
4.5. Оплата может производиться также до начала оказания услуг на условиях предварительной оплаты. В таком случае стоимость услуг Исполнителя определяется по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей услуги.
4.6. В случае 100% предоплаты комплекса услуг, оплата производится по расценкам Прейскуранта, действовавшего на момент внесения предоплаты. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, их стоимость оплачивается по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей дополнительной услуги.
4.7. Оплата услуг Исполнителя производится Пациентом всеми способами, не запрещенными законодательством.
4.8. Оказанная Пациенту услуга может быть оплачена любым третьим лицом, в том числе юридическим лицом – работодателем или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, в соответствии с перечнем и стоимостью медицинских услуг, установленных такими договорами.
4.9. В случае отказа от услуги в ходе ее оказания Пациенту, ранее оплаченная стоимость возвращается Пациенту за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.
4.10. Возврат денежных средств Пациенту производится по его письменному заявлению с указанием причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении Пациентом паспорта и документа, подтверждающего оплату услуги Исполнителя (при наличии).

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя по Договору обязательств.
5.2. Каждое последующее обращение Пациента за оказанием платных медицинских услуг признается Сторонами основанием для пролонгации настоящего Договора без составления дополнительного письменного документа.
5.3. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или в одностороннем порядке по инициативе одной из Сторон, в порядке и по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
5.4. В случае отказа Пациента от получения медицинских услуг после заключения Договора Договор расторгается.
5.5. Действие Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон, таких как пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон. В период приостановления Исполнитель не оказывает Пациенту услуги по настоящему Договору.
5.6. В случае расторжения Договора Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
5.7. Исполнитель оставляет за собой право изменять или дополнять условия Договора. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо по основаниям, предусмотренным Законодательством РФ.
6.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о содержании Договора в части, раскрывающей индивидуальные сведения о Пациенте, персональные данные Пациента и сведения, составляющие врачебную тайну.
6.3. Исполнитель обязуется принимать необходимые меры режима безопасности персональных данных.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
7.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе за каждый день просрочки требовать с Пациента выплаты неустойки в размере 1% от стоимости услуги, не оплаченной Пациентом.
7.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в 10-ти дневный срок с момента получения требования.
8.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с законодательством РФ.
8.3. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны будут руководствоваться законодательством РФ.
8.4. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
8.5. В случае если оплата медицинских услуг произведена юридическим лицом – работодателем Пациента или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров ДМС, договор составляется в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Медицинский центр «Мой доктор»

Юридический адрес: 241019, Брянская область, г.Брянск, ул. Красноармейская, д.100

ИНН 3250512536 КПП 325701001

ОГРН 1093254008760

Свидетельство о государственной регистрации выдано 07.09.2009 Межрайонной инспекцией ФНС № 4 по Брянской области

Сайт www.mydoctor32.ru

Генеральный директор _____ (Кончиц Н.А.)
М.П.

Пациент:

_____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Документ, удостоверяющий личность:
_____
(вид документа, серия, номер)
выдан _____
(кем и когда выдан)

Адрес места жительства:
_____
_____

Телефон: _____

Я подтверждаю правильность указанных данных и соглашаюсь с тем, что самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

Пациент _____ (_____)
(Фамилия, И.О.)

Приложение
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№_____от «__»_____20__г.

Спецификация от «____»_____20__ г.

ПАЦИЕНТ:

МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК:

Время печати: __.__.2023 00:00:00

Код работы	Наименование работы	Цена	Кол-во	Сумма

Итого за прием:

Скидка:

К оплате с учетом скидки:

СУММА:

Бонусы к списанию*:

Пациент подтверждает, что в доступной форме получил информацию о порядках оказания медицинской помощи, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при наличии), применяемых Исполнителем при предоставлении платных медицинских услуг, и согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
Пациент уведомлен о том, что несоблюдение назначений (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.

Генеральный директор

_____ (Кончиц Н.А.)

М.П.

Пациент

_____ (_____)
(Фамилия, И.О.)

СОГЛАСИЕ
на получение информации по телефону, электронной почте, оформление доступа в Личный кабинет

Я, _____, с целью электронного взаимодействия с ООО «Медицинский центр «Мой доктор» подтверждаю согласие:
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

на получение информации о результатах исследований, в т.ч. сканированных образов или сформированных в электронном виде медицинских и иных документов, информационных уведомлений о назначенных приемах, об оказываемых услугах, запросов о состоянии здоровья и ходе соблюдения назначений; финансовой информации; сообщений рекламного содержания о проводимых акциях, действующих скидках, специальных предложениях; познавательных материалов; опросов с целью повышения качества обслуживания

☐ ДА ☐ НЕТ по телефону +7 (_____) - _____ - _____ - _____ ☐ ДА ☐ НЕТ по электронной почте _____

на получение кассового чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих кассовый чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещен в сети Интернет и по которому кассовый чек может быть бесплатно мной получен), при наличии технической возможности для передачи информации

☐ ДА ☐ НЕТ по телефону +7 (_____) - _____ - _____ - _____ ☐ ДА ☐ НЕТ по электронной почте _____

Подтверждаю свое согласие с тем, что передаваемая информация, в том числе результаты исследований, будут направлены мне с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

☐ ДА ☐ НЕТ на оформление доступа в Личный кабинет на сайте https://mydoctor32.infoclinica.ru/login.
С условиями Пользовательского соглашения на использование Личного кабинета, Политикой конфиденциальности при использовании Личного кабинета ознакомлен(а).

Подтверждаю правильность указанных данных и соглашаюсь с тем, что самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

_____ _____ _____
(Фамилия И. О.) *(Подпись)* *(Дата)*

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, зарегистрированный(ая) по адресу _____,
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))
документ удостоверяющий личность _____ выдан _____
(вид документа, серия, номер) *(кем и когда выдан)*
в соответствии со ст. 9-10 Федерального закона от 27.07.2006 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, даю согласие **Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Мой доктор»** (далее – Оператор), юридический адрес: 241019, г. Брянск, ул. Красноармейская, д.100, ОГРН: 1093254008760, ИНН: 3250512536 на обработку моих персональных данных, в т.ч. моих персональных данных, связанных с функционированием системы видеонаблюдения и/или аудиозаписи, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение Оператором персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства и места регистрации, реквизиты документа удостоверяющего личность, СНИЛС, данные полиса ДМС, место работы, должность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, случаях прохождения реабилитационно - восстановительного лечения, биометрические данные (рост, вес и другие), контактный телефон, адрес электронной почты, а также право на осуществление видеонаблюдения и/или аудиозаписи в пределах месторасположения Оператора, для получения платных медицинских услуг, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в целях направления мне информации, оформления справок и документов, следующим лицам:
- медицинским работникам, т.е. лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- должностным лицам Оператора, привлекаемым к исполнению указанных действий, для использования персональных данных в интересах обследования и лечения, решения вопроса по контролю качества оказанной помощи; для внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных медицинских данных.
Оператор вправе передавать мои персональные данные следующим третьим лицам, привлекаемым Оператором к предоставлению медицинских услуг в рамках заключенных между ними договоров: Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр неврологической диагностики «Аист» ИНН2722109466 ОГРН1182724006563 адрес: 680052, Хабаровский край, г Хабаровск, ул Горького, д 62, пом 1; Общество с ограниченной ответственностью «ИНВИТРО-Воронеж» ИНН3664104281 ОГРН1103668017914 адрес: 394030, Воронежская обл, г Воронеж, ул Плехановская, д 50; Общество с ограниченной ответственностью «Хеликс Лаб» ИНН3257046330 ОГРН1163256062034 адрес: 241035, Брянская обл, г Брянск, ул Ромашина, д 27; Общество с ограниченной ответственностью «Иммунохелс Рус» ИНН7728877671 ОГРН1147746472433 адрес: 123060, г Москва, ул Маршала Рыбалко, д 2, корп 6, под 5, оф 1122; Общество с ограниченной ответственностью «Геномед» ИНН7701759381 ОГРН1077763509977 адрес: 105005, г Москва, ул Бауманская, д 50/12, стр 1; Общество с ограниченной ответственностью «Аксиома-Тюмень» ИНН 7203448263 ОГРН 1187232010569 адрес: 625000, Тюменская область, г.Тюмень, ул. Республики д.53, каб.204, 206; Общество с ограниченной ответственностью «Кардиоцентр» ИНН 5254483720 ОРГН 1105254001820 адрес: 607185, Нижегородская область, г. Саров, ул. Юности, д. 18, помещение ПЗ; Государственное автономное учреждение здравоохранения «Брянский клинико-диагностический центр» ИНН3234015569 ОГРН1033265003298 адрес: 241050, г Брянск, ул Бежицкая, д 2; Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Брянской области» ИНН3250059330 ОГРН1053244057239 адрес: 241050, Брянская обл, г Брянск, пр-т Ленина, д 72.
Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС, на включение в списки (электронные реестры) и обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховыми организациями, другими ЛПУ и организациями, связанными договорными обязательствами с Оператором, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с использованием шифровальных (криптографических) средств, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.
Я не возражаю на передачу моих персональных данных, медицинской документации, сведений о состоянии здоровья в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с законодательством РФ.
Я не возражаю на передачу персональных данных, в т.ч. иным третьим лицам, в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ, и в целях, не противоречащим целям медицинской организации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия или по запросу суда, органов следствия и дознания.
Обработка персональных данных может осуществляться с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Предоставляю Оператору право использовать мои персональные данные (в том числе медицинскую документацию) для проведения экспертизы качества оказанной медицинской услуги независимыми специалистами, привлеченными к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ.
Срок хранения персональных данных, срок действия настоящего согласия соответствуют сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет на бумажном носителе, 50 лет в медицинской информационной системе Оператора. Срок хранения видео и/или аудиозаписей составляет 35 суток.
Я оставляю за собой право отозвать настоящее 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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной до этого медицинской помощи.

Подпись _____ дата_____