

Исполнитель ставит Пациента в известность, 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.

О вышеуказанном извещен:

Договор № на оказание платных медицинских услуг

Город Мурманск

дата

1. Предмет договора.

Общество с ограниченной ответственностью «Фамилия» (ООО «Фамилия»), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице генерального директора Серебренниковой Жанны Николаевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и **Потребитель (он же - Пациент)**, с другой стороны, заключили договор (далее- **Договор**) о нижеследующем: **Исполнитель предоставляет Пациенту** платные медицинские услуги (далее по тексту- **Услуги**) в соответствии с выданной ему лицензией и в рамках действующего законодательства РФ.

2. Сведения об Исполнителе.

Общество с ограниченной ответственностью «Фамилия» (ООО «Фамилия»), 183038, город Мурманск, улица Карла Либкнехта, дом 27а. ОГРН 1165190063873, ИНН 5190066479 (свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 51 номер 001953419 выдано 09.12.2016). Лицензия № ЛО-51-01-001739 выдана бессрочно 27 апреля 2017 года Министерством здравоохранения Мурманской области (при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной врачебной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической).

3. Сведения о Пациенте.

Фамилия, имя, отчество (при наличии):

Адрес места жительства:

Иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:

Телефон:

Данные документа, удостоверяющего личность:

4. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

4.1 Перечень платных медицинских услуг согласуется врачами **Исполнителя** и **Пациентом** в рамках составления плана лечения с учетом клинической ситуации **Пациента**.

4.2 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента и (или) Заказчика.

5. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

5.1 Стоимость **Услуг** определяется действующим на момент их оказания Прейскурантом **Исполнителя**.

5.2 Оплата **Услуг** производится в российских рублях в наличной или безналичной форме сразу после оказания **Услуг** или на условиях внесения предоплаты. Перечень **Услуг** на условиях предоплаты определяется **Исполнителем** и отражена в документе «Перечень услуг, оказываемых ООО «Фамилия» на условиях внесения предоплаты»

5.3 Подтверждением произведенной оплаты предоставленных **Услуг** является кассовый чек.

5.4 Обязательства **Пациента** в части оплаты **Услуг** считаются исполненными с момента внесения наличных средств в кассу либо зачисления безналичных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

5.5 **Пациент** ознакомлен с прейскурантом **Исполнителя** до подписания настоящего Договора, понимает изложенную в нем информацию и согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

6. Условия и сроки ожидания оказания платных медицинских услуг

6.1 **Услуги** по настоящему Договору предоставляются в дни и часы работы **Исполнителя**, по адресу: 183038, город Мурманск, улица Карла Либкнехта, 27а-офис 302, (далее-**Медицинская организация**).

6.2 **Услуги** предоставляются **амбулаторно** после предварительной записи **Пациента** на прием посредством телефонной или иной связи или при личном обращении по адресу **Исполнителя**.

6.3 Сроки ожидания оказания медицинских услуг определяются исходя из объективного состояния здоровья **Пациента**, соблюдения **Пациентом** указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также исходя из технической возможности **Исполнителя**.

6.4 Сроки оказания услуг, количество необходимых приемов обсуждаются врачами **Исполнителя** с **Пациентом** и отражаются в медицинской карте или дополнительном соглашении к **Договору**.

7. Обязательства сторон.

7.1 Исполнитель обязуется:

7.1.1 Провести обследование пациента и в случае необходимости предложить Пациенту/законному представителю пациента пройти дополнительные обследования и получить дополнительные консультации у специалистов другого медицинского профиля для уточнения диагноза, правильного выбора методик лечения.

7.1.2 По результатам обследований предоставить Пациенту/Законному представителю полную и достоверную информацию о возможных видах медицинского вмешательства, сущности применяемых в его случае методик лечения, проводимых процедурах, связанных с ними рисках, последствиях, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, информировать Пациента/Законного представителя/Заказчика о стоимости услуг с учетом проведенного осмотра, составить рекомендуемые план лечения Пациента.

7.1.3 Составить и согласовать с Пациентом/законным представителем план лечения с указанием перечня конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, стоимости услуг, определив порядки и сроки их исполнения.

7.1.4 Информировать Пациента/Законного представителя о противопоказаниях, возможных осложнениях, временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе или после окончания лечения, в том числе в связи с анатомо-физиологическими особенностями и общим состоянием здоровья Пациента.

7.1.5 Провести медицинские мероприятия (процедуры) в соответствии с. Согласованным с пациентом Планом лечения. Обеспечить Пациенту в процессе оказания услуг: соблюдение стерильности, выполнение работ квалифицированными специалистами, имеющими соответствующие разрешительные документы, тщательность соблюдения технологии проведения процедур (в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, а также на основе клинических рекомендаций,), применение сертифицированных на территории РФ материалов и инструментов.

7.1.6 Информировать пациента/законного представителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения результатов лечения.

7.1.7 В случае если предоставление платных медицинских услуг требует предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Плате лечения, (по поводу скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в ходе лечения)-предупредить об этом **Пациента**.

7.1.8 Информировать **Пациента/Законного представителя** о необходимости ознакомиться с документами: «Правила пребывания пациентов в медицинской организации ООО «Фамилия», «Положение о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги ООО «Фамилия», «Перечень услуг, оказываемых ООО «Фамилия» с внесением предоплаты»).

7.1.9 Определить для **Пациента** гарантийный срок и срок службы на оказываемые услуги, объяснив **Пациенту/Законному представителю** условия, при которых гарантийные обязательства сохраняются. В зависимости от индивидуальных особенностей пациента, клинической картины болезни, наличия сопутствующих заболеваний гарантийный срок может быть не установлен или изменен по сравнению со сроками, установленными в «Положении о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги ООО «Фамилия». Лечащий врач информирует **Пациента/Законного представителя** об особых условиях

гарантийного срока, заполняет отдельный бланк индивидуальной гарантии и подписывает его у **Пациента/Законного представителя**.

7.1.10 Вести всю необходимую документацию в установленном действующим законодательством РФ порядке.

7.1.11 В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения **Исполнитель** с согласия **Пациента/Законного исполнителя** назначить другого лечащего врача для проведения лечения.

7.2 Исполнитель имеет право:

7.2.1 Оказывать медицинские услуги в полном объеме, стандарта медицинской помощи (при его наличии), утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо, по просьбе пациента/законного представителя, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

7.2.2 Требовать от **Пациента** всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

7.2.3 Осуществлять фотографирование и видеосъемку (фотопротоколирование и видеопротоколирование) этапов процесса лечения в целях оценки качества проводимого лечения, для отслеживания динамики состояния (заболевания), эффективности лечения.

7.2.4 Требовать от **Пациента** бережного отношения к имуществу **Исполнителя** и соблюдения правил поведения **Пациентов** медицинской организации.

7.2.5 В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем медицинской помощи в случае, если существует угроза жизни и здоровью **Пациента**.

7.2.6 При выявлении у **Пациента** противопоказаний к медицинскому вмешательству отказать в проведении лечебно-диагностических процедур.

7.2.7 В соответствии со статьей 36 «Закона о защите прав потребителей» **Исполнитель** вправе отказать от исполнения настоящего Договора, если **Пациент** не устранил зависящие от него обстоятельства, которые могут снизить качество выполняемой работы **Исполнителем** (оказываемой услуги), и потребовать полного возмещения убытков.

7.2.8 Приостановить оказание медицинских услуг **Пациенту**, нарушающему Правила поведения Пациентов в медицинской организации ООО «Фамилия», или **Пациенту**, находящемуся в состоянии алкогольного/наркотического опьянения, а также совершающему действия, угрожающие жизни и здоровью персонала, пациентов и посетителей медицинской организации.

7.2.9 Приостановить оказание услуг по настоящему Договору (за исключением оказания медицинской помощи по жизненным показаниям/экстренной помощи), в случаях нарушения **Пациентом** своих обязательств, установленных в пунктах 7.3.1 до устранения указанных нарушений.

7.2.10 Переназначать опоздавшего **Пациента** на другой день при отсутствии у лечащего врача достаточного количества времени для оказания полного и качественного объема медицинской помощи.

7.2.11 Вносить изменения в действующий Прейскурант.

7.2.12 Привлекать для исполнения обязательств по настоящему Договору третьих лиц (специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, а также иные медицинские организации).

7.2.13 Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

7.3 Пациент обязуется:

7.3.1 Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные исполнителем медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.3.2 До оказания медицинской помощи информировать врача о состоянии своего здоровья: перенесенных и имеющихся заболеваниях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к лечению, а также иных сведениях, которые могут повлиять на ход лечения. Предоставить лечащему врачу до начала оказания услуг (при наличии) данные предварительных исследований и консультаций специалистов из других лечебных учреждений.

7.3.3 Строго и точно выполнять назначения и рекомендации врача по лечению, а также указания и рекомендации на период после оказания медицинских услуг для достижения и сохранения результатов лечения,

7.3.4 Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические осмотры (приемы), а по невозможности явиться предупредить об этом **Исполнителя** не позднее, чем за одни сутки до назначенного приема в часы работы исполнителя посредством телефонной связи или иного вида связи.

7.3.5 ознакомиться с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги исполнителя.

7.3.6 Ознакомиться и строго соблюдать «Правила пребывания Пациентов на территории медицинской организации ООО «Фамилия», требования и предписания персонала как необходимые условия для качественного оказания медицинских услуг.

7.3.7 Бережно относиться к имуществу **Исполнителя**. В случае причинения ущерба **Исполнителю** вследствие утраты или порчи имущества, вызванное действием или бездействием **Пациента** и/или лиц, сопровождающих его, **Пациент** обязуется в течение трех календарных дней возместить **Исполнителю** действительно нанесенный ущерб в полном объеме.

7.3.8 Удостоверить личной подписью следующее:

- сообщенные в анкете сведения о своем здоровье
- факт ознакомления и согласия с намеченным к выполнению планом лечения и его стоимостью
- факт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или факт отказа от него
- факт ознакомления и согласия с установленными гарантийными сроками и сроками службы.
- Согласие на обработку Персональных данных Пациента
- дополнительные соглашения к настоящему Договору при необходимости.

7.3.9 В случае изменения у Пациента реквизитов и данных, указанных в настоящем Договоре и Приложениях к нему (адрес, паспортные данные, номер телефона и др.) Пациент обязан в течение 30 календарных дней со дня возникновения таких изменений известить **Исполнителя**.

7.4 Пациент имеет право:

- 7.4.1 на выбор врача-специалиста;
- 7.4.2 на профилактику, диагностику и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям РФ;
- 7.4.3 на получение консультаций врачей-специалистов;
- 7.4.4 на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- 7.4.5 на защиту сведений, составляющих врачебную тайну согласно законодательству РФ;
- 7.4.6 на отказ от исполнения **Договора** в случае оплаты **Исполнителю** фактически понесенных расходов, связанных с исполнением настоящего **Договора**;
- 7.4.7 на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 7.4.8 на отказ от медицинского вмешательства;
- 7.4.9 на получение после исполнения **Договора** **Исполнителем** медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях согласно действующему законодательству РФ (Приказ Минздрава России № 789н от 31 июля 2020 года, ст. 12 Закона № 59-ФЗ от 2 мая 2006 года). Копии вышеуказанных нормативных документов находятся в свободном доступе на информационных стендах ООО «Фамилия».

8. Ответственность сторон за невыполнение условий Договора.

8.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по **Договору** стороны несут ответственность, предусмотренную **Договором** и действующим законодательством РФ.

8.2 **Пациент** несет ответственность за нарушение условий **Договора** об оплате услуг в соответствии со ст. 395 ГК РФ

8.3 **Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий **Договора** в случаях осложнений и побочных эффектов, возникших в связи с индивидуальными биологическими особенностями организма **Пациента**, а также в случае неисполнения **Пациентом** своих обязанностей в рамках **Договора**: не информирование, не полное или искаженное информирование **Исполнителя** о перенесенных **Пациентом** заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях к планирующимся медицинским вмешательствам, кроме того, по иным основаниям, установленным в пункте 7.3 настоящего Договора и предусмотренным действующим законодательством РФ.

8.4 **Исполнитель** не несет ответственности в случае возникновения у **Пациента** осложнений, вызванных невыполнением указаний (рекомендаций) и назначений **Исполнителя**, несоблюдением правил пользования результатами услуги, несвоевременным сообщением о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, несвоевременной явкой на лечебные и последующие профилактические приемы и осмотры, действиями третьих лиц.

8.5 **Исполнитель** не несет ответственности за оказание услуги не в полном объеме либо в меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором (планом лечения), а также не несет ответственности за нарушение сроков оказания услуг в случаях нарушения Пациентом графика назначенных приемов и невыполнения Пациентом рекомендаций, выданных персоналом **Исполнителя**.

8.6 **Пациент** несет ответственность за последствия, связанные с неправильным указанием своих реквизитов и данных по настоящему **Договору**, а также с несвоевременным извещением **Исполнителя** обих изменениях.

8.7 Все споры, разногласия, возникшие между сторонами по настоящему **Договору**, решаются путем переговоров, а в случае, если согласие не будет достигнуто переговорами-в суде общей юрисдикции по месту нахождения **Исполнителя**.

9. Порядок изменения и расторжения Договора.

9.1 Изменение или расторжение **Договора** проводится в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

9.2 **Договор** может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде соглашения либо иного приложения к **Договору**, подписанного Исполнителем и **Пациентом**.

9.3 **Пациент** вправе отказаться от исполнения настоящего **Договора** при условии оплаты **Исполнителю** фактически понесенных расходов. В таком случае пациент обязан уведомить об этом **Исполнителя** в письменной форме, а затем в течение 3 (трех) календарных дней оплатить **Исполнителю** стоимость понесенный последним расходов, связанных с исполнением обязательств по **Договору**.

9.4 **Договор** считается расторгнутым с момента оплаты **Пациентом** в полном объеме понесенных **Исполнителем** расходов.

9.5 В случае, если **Пациентом** была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении **Договора** **Исполнитель** производит возврат предоплаты **Пациенту** за вычетом фактически понесенных **Исполнителем** расходов.

9.6 При прекращении **Договора** в случае, установленном пунктом 7.2.6 настоящего **Договора**, **Исполнитель** обязан уведомить об этом **Пациента** в письменной форме.

10. Порядок и условия выдачи Пациенту (законному представителю Пациента) 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.

10.1 Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них (далее **Документы**) регламентируются действующим законодательством РФ (приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н).

10.2 Выдача **Документов** производится без взимания дополнительной платы.

10.2 Максимальный срок выдачи **Документов** -30 дней со дня регистрации запроса в медицинской организации (ст. 12 ФЗ № 59-ФЗ от 2 мая 2006).

10.3 Для получения **Документов** **Пациент (или его законный представитель)** предоставляет в Медицинскую организацию запрос на бумажном носителе либо сформированный в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью, в свободной форме, содержащий сведения:

10.3.1 сведения о **Пациенте** (фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность **Пациента**; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии). В случае обращения от имени пациента его законного представителя-в том числе предоставляются сведения о законном представителе, аналогичные сведениям о **Пациенте**;

10.3.2 наименования **Документов**, которые **Пациент или его законный представитель** намерены получить, период оказания услуг, за который он намерен их получить;

10.3.3 сведения о способе получения **Пациентом или его законным представителем** запрашиваемых медицинских документов;

10.3.4 дату подачи запроса и подпись обращающегося.

10.4 При подаче запроса лично, а также при личном получении **Документов** обращающийся предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель **Пациента** дополнительно предъявляет документ, удостоверяющий его статус.

10.5 В случае выбора способа получения **Документов** по почте соответствующие **Документы** направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

10.6 В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в пункте 3, и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, медицинская организация в письменной или электронной форме информирует об этом **Пациента** или его законного представителя в срок, не превышающий 14 календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

10.7 Предоставление **Пациенту** или его законному представителю **Документов** на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра. Запись о предоставлении **Документов** вносится в медицинские документы **Пациента**.

11. Конфиденциальность

11.1 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

11.2 Предоставление сведений, содержащих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12. Дополнительные условия.

12.1 Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного календарного года и может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за тридцать дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме (заявление в свободной форме с личной подписью заявителя) другую Сторону о намерении не пролонгировать настоящий договор по истечении срока его действия.

12.2 Медицинская карта Пациента, планы лечения, являются неотъемлемой частью настоящего договора и хранятся у Исполнителя.

12.3 Исполнитель несет ответственность за нарушение установленного законом порядка обработки персональных данных Пациента, предусмотренную законодательством РФ.

12.4 Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

12.5 Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу-по одному для каждой из сторон.

13. Заключительные положения.

13.1 Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ему при заключении настоящего Договора Исполнителем в доступной форме (на информационном стенде Исполнителя, на сайте Исполнителя в сети Интернет) предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг, а также - информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации)

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора: правила поведения Пациентов в медицинской организации Исполнителя, Положение о гарантийных сроках и сроках службы на медицинские услуги Исполнителя, Перечень услуг, оказываемых Исполнителем на условиях предоплаты.

13.2 Исполнитель ставит Пациента в известность 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.

13.3 Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что в момент заключения Договора проинформирован Исполнителем возможности получения вне медицинской организации Исполнителя 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.

Дата

Подпись Исполнителя:

Подпись Пациента:

Информированное согласие на обработку персональных данных

Я, _____,

паспорт _____,

проживающий по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие ООО «Фамилия», адрес местонахождения: 183038, город Мурманск, улица Карла Либкнехта, дом 27а (далее-Оператор) на обработку персональных данных, моих как Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес регистрации и/или фактического проживания, контактный телефон (абонентский номер), адрес электронной почты, данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, данные о произведенных оплатах в рамках договоров на оказание платных медицинских услуг:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, учета, хранения и ведения медицинской документации.
- в целях исполнения Оператором условий договора на оказание платных медицинских услугах, заключенного со мной как с Пациентом.

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 и даю согласие на фотографирование, видеосъемку (фотопротоколирование/видеопротоколирование) этапов проводимого лечения, для прослеживания динамики состояния (заболевания) и эффективности лечения. Полученные фотоматериалы и видеоматериалы не используются Оператором для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные с использованием машинных и (или) бумажных носителей средств автоматизации и (или) без таковых, посредством внесения их в электронную базу данных, ведения медицинской документации в электронном виде, включения в списки (реестры) и отчетные формы, в том числе предусмотренные документами, регламентирующими предоставлению отчетных данных (документов), с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их обработка будет осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Адрес электронной почты: _____

Я даю согласие на использование данного адреса электронной почты при отправке мне заключений специалистов, результатов диагностических исследований и другой информации, связанной с получением медицинских услуг мною как Пациентом в ООО «Фамилия».

Я проинформирован о том, что электронная почта является открытым источником информации и незащищенным открытым каналом связи. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации ООО «Фамилия» ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Я проинформирован, что получение заключений специалистов, результатов лабораторных, инструментальных и иных исследований, а также информации, связанной с получением медицинских услуг в ООО «Фамилия», в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Я отказываюсь от любых претензий за неполучение информации в случае повреждения/нарушения настроек телефонной связи/электронной почты, не зависящий от ООО «Фамилия». В случае изменения адреса электронной почты, указанного мною для отправки заключений специалистов, результатов диагностических исследований, обязуюсь незамедлительно уведомить об этом ООО «Фамилия». При неисполнении данного обязательства все неблагоприятные последствия принимаю на себя. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на основании п. 5 ст. 21 Федерального закона от 27.07.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении или лично под расписку представителя 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 услуги. Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласии данные верны и принадлежат непосредственно мне как Пациенту.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Дата: _____

Подпись: _____