

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ



№

г.

г. Химки

Общество с ограниченной ответственностью «БИГМЕД», именуемое далее «Клиника», в лице Генерального директора Мурадхановой Антонитой Петровной, действующего на основании Устава, с одной стороны, и, являющийся законным представителем _____, именуемый далее «_____ Пациент _____», вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

Предмет Договора

- 1.1.** Клиника предоставляет Пациенту по желанию Законного представителя платные медицинские услуги и платные услуги медицинского освидетельствования согласно действующему Прейскуранту медицинских услуг и в соответствии с Лицензией № ЛО-50-01-012021, выданной 28 мая 2020 года Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: 143407 Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел. +7 (498) 602-03-01, размещенных также на информационных стендах (стойках) Клиники и на сайте www.gipromed.ru, а Законный представитель обязуется оплатить указанные услуги (далее также – «услуги» или «медицинские услуги»). Прейскурант медицинских услуг является официально утвержденным документом Клиники и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг и сроки их оказания.
- 1.2.** Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Клиники: **Московская область, г. Химки, ул. Германа Титова, д. 10.**
- 1.3.** Заключая настоящий договор, Законный представитель ознакомлен с лицензией Клиники на осуществление медицинской деятельности.
- 1.4.** Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Законный представитель проинформирован о том, что Пациент, являясь гражданином РФ, имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
- 1.5.** Законный представитель уведомлен о том, что несоблюдение Пациентом рекомендаций медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, а также повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2. Права и обязанности Сторон

- 2.1. Клиника вправе:**
 - 2.1.1.** Получать от Законного представителя (Пациента) всю информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
 - 2.1.2.** Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.
 - 2.1.3.** Самостоятельно определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов хирургического и консервативного лечения. Самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи Пациенту, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором в случае возникновения неотложных состояний не по вине медицинских работников Клиники.
 - 2.1.4.** Информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации, об обращении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий.
 - 2.1.5.** Отказать в услуге, связанной с медицинским вмешательством, в случае отказа Законного представителя от подписания Информационного согласия. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг Пациенту по настоящему договору, если эти услуги могут вызвать нежелательные последствия состояния здоровья Пациента. Отказать в предоставлении платных услуг Пациенту по настоящему договору, в случае наличия у Пациента задолженности перед Клиникой по ранее оказанным медицинским услугам. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом. Замена производится с письменного согласия Законного представителя. В случае опоздания или неявки Пациента аннулировать запись Пациента.
 - 2.1.6.** Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги.
 - 2.1.7.** Клиника имеет право вести видеосъемку на территории и в помещении Клиники в целях обеспечения безопасности; использовать фото-, видео- и аудиозаписи, снятые на территории Клиники с участием пациентов, клиентов Клиники любым способом, не противоречащим закону.
- 2.2. Клиника обязана:**
 - 2.2.1.** Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, в соответствии со стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Заключая настоящий договор,

Законный представитель выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты.

- 2.2.2. До начала лечения определить и информировать Законного представителя о необходимых видах и объеме оказываемых услуг Пациенту.
 - 2.2.3. Использовать в процессе лечения лицензированные запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.
 - 2.2.4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Клиники документацию о Пациенте (соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность).
 - 2.2.5. Давать при необходимости по требованию Законного представителя разъяснения о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, сведения об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению, а также всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.
 - 2.2.6. Соблюдать, установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
 - 2.2.7. Выдать Законному представителю при выписке из стационара надлежащим образом оформленную выписку из истории болезни Пациента, а также при необходимости, листок нетрудоспособности.
 - 2.2.8. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Законного представителя. Выдавать Законному представителю документы, подтверждающие факт оплаты услуг, в случае не предоставления медицинской услуги Пациенту произвести перерасчет.
 - 2.2.9. Предоставлять Законному представителю сведения о местонахождении Клиники, графике работы врачей и прочего медицинского персонала, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу Пациенту (его профессиональном образовании и квалификации), наличии лицензии на оказание конкретного вида услуг, сведения о видах, технологии, объемах и стоимости оказанных услуг, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов соответствующих медицинских услуг.
- 2.3. Законный представитель вправе:**
- 2.3.1. Получать медицинские услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора.
 - 2.3.2. Получать от Клиники для ознакомления любые сведения о состоянии здоровья Пациента, полную достоверную информацию об объеме и условиях получения предоставляемых услуг по договору, любые данные диагностических обследований и результаты анализов, документы, подтверждающие факт оплаты услуг.
 - 2.3.3. Отказаться от получения медицинской услуги Пациентом при условии оплаты фактически понесенных Клиникой расходов.
- 2.4. Законный представитель обязан:**
- 2.4.1. После получения медицинских услуг Пациентом оплатить выставленный счет в порядке, сроки и на условиях, которые установлены договором.
 - 2.4.2. До оказания услуги информировать Лечащего врача или иной медицинский персонал об известных ему имеющихся у Пациента аллергических реакциях и/или противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных средств и/или оказанию каких-либо медицинских вмешательств, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях.
 - 2.4.3. Предоставить Лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных Пациенту в других медицинских учреждениях (при их наличии и соответствующей необходимости), а также:
 - сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Пациента, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения Пациента;
 - при предоставлении медицинских услуг Пациенту сообщать Лечащему врачу (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия Пациента;
 - отказаться на весь период предоставления медицинских услуг Пациенту по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков Пациентом;
 - не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Лечащим врачом (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д. Пациентом.

В случае непредставления со стороны Законного представителя имеющихся у него данных, относящихся к состоянию здоровья Пациента, не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, Клиника не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

- 2.4.4. Представлять Лечащему врачу или иному медицинскому персоналу все документы и информацию относительно общего состояния здоровья Пациента, как на момент начала, так и в процессе предоставления медицинских услуг Пациенту.
- 2.4.5. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы учреждения.
- 2.4.6. Выполнять предписания лечащего врача, все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих Пациенту по настоящему договору медицинские услуги по лечению. Посещать медицинских работников и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Пациента на прием в установленное время, время повторного приема определяется Клиникой.
- 2.4.7. При первом обращении в Клинику за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости Законный представитель дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство Пациенту.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

- 3.1. Оплата оказываемых услуг производится Законным представителем после подписания договора, на основании действующего Прейскуранта, непосредственно в день предоставления медицинской услуги после их оказания Клиникой Пациенту, либо непосредственно перед оказанием услуги Пациенту, в наличной или безналичной форме в российских рублях.

НДС не облагается. Законному представителю после оплаты медицинских услуг оказанных Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается в регистратуре и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся в регистратуре. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

3.3. Настоящим Законный представитель подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Клиники.

4. Порядок оказания услуг

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента при предъявлении Законным представителем документа, удостоверяющего личность Законного представителя и Пациента и документ, подтверждающий полномочия Законного представителя, подписании договора оказания медицинских услуг с приложениями, после оформления амбулаторной карты Пациента. На приеме врач проводит сбор анамнеза и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Законного представителя. По результатам осмотра врач составляет План лечения. На основании Плана лечения определяется перечень, стоимость и сроки оказания услуг Пациенту, и оформляется Акт Заказа медицинских услуг, являющийся **Приложением №1** к настоящему договору. При определении условий предоставления медицинских услуг и исполнения своих обязательств по договору Стороны обязаны руководствоваться сведениями, указанными в медицинских документах Пациента (план лечения, медицинская карта) и в **Приложении №1** к договору.

4.2. Перечень, стоимость и сроки оказания платных медицинских услуг Пациенту, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с Заказом медицинских услуг, являющимся **Приложением №1** к настоящему договору.

4.3. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя **Приложение № 2** к договору, данного в порядке, установленном законодательством РФ.

4.4. Законный представитель представляет Клинике согласие на обработку персональных данных, **Приложение № 3** к договору, в порядке, установленном законодательством РФ.

4.5. Клиника не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными препаратами и бесплатным питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Законным представителем.

4.6. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, процедур и предписаний лечащего врача, рекомендаций медицинского персонала, нарушения Пациентом Правил поведения в медицинском учреждении, отказа Законного представителя от подписания согласия на обработку персональных данных, отказа Законного представителя от подписания согласия на медицинское вмешательство, информированного добровольного согласия - Клиника вправе отказать такому Законному представителю в предоставлении медицинских услуг Пациенту.

4.7. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.6. настоящего договора Клиника вправе удержать с Законного представителя понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги. Отказ от оказания медицинской помощи Пациенту оформляется письменно Законным представителем и передается в Клинику.

4.8. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. По письменному согласию Законного представителя информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам. По письменному согласию Законного представителя информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана Законному представителю по телефону или посредством Интернет, о чем подписывается согласие – **Приложение №4** к договору.

4.9. Законный представитель предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг Пациенту по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

4.10. Подписывая Договор, Законный представитель дает согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использовании этих сведений в учебном процессе и иных целях.

4.11. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему договору.

4.12. После окончания лечения и окончания оказания медицинских услуг Пациенту, Клиникой составляется Акт оказанных услуг, **Приложение №5** к договору. Подписываемый сотрудником Клиники и Законным представителем Акт оказанных услуг является подтверждением оказания медицинских услуг Клиникой Пациенту. Законный представитель обязуется рассмотреть и подписать Акт оказанных услуг, сразу же после получения. Акт подписывается Законным представителем в 3 (Трех) экземплярах, один из которых остается у Законного представителя. В течение 3 (Трех) рабочих дней с момента подписания соответствующего Акта оказанных услуг Законный представитель имеет право предоставить письменные замечания по подписанному им Акту оказания услуг Пациенту, которые Клиника, в случае признания их обоснованными, обязуется устранить. Если в течение указанного срока Законный представитель не предоставит письменные замечания по Акту оказанных услуг, то медицинские услуги считаются оказанными и принятыми Законным представителем по качеству и количеству в полном объеме.

5. Ответственность Сторон

5.1. За невыполнение, или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Законный представитель несет ответственность за выполнение и соблюдение Пациентом лечебно-охранительного режима, врачебных предписаний, за предоставление полных и достоверных сведений о состоянии здоровья Пациента.

5.3. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг Пациенту в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ. Клиника не несет ответственность за недостатки в предоставлении медицинских услуг Пациенту, а также, за нарушения сроков выполнения обязательств по настоящему договору, если указанные недостатки возникли вследствие нарушения положений настоящего договора и иных неправомерных действий Законного представителя и/или Пациента. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациенту или не наступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Законным представителем и/или Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций, предоставления недостоверной информации о Пациенте Клинике.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера.

5.5. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг Пациенту до даты погашения задолженности.

6. Прочие условия

- 6.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых на себя обязательств.
- 6.2.** Все изменения и дополнения к договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами. Приложения, дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора. Вся переписка между сторонами осуществляется письменно, путем направления заказных писем с уведомлением.
- 6.3.** Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде письменного Соглашения и подписанному Сторонами. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из Сторон. Отказ от исполнения договора в одностороннем порядке производится в соответствии со статьей 782 Гражданского Кодекса Российской Федерации, при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.
- 6.4.** Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, и имеют одинаковую юридическую силу. Руководствуясь п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, при подписании Договора со своей стороны, Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
- 6.5.** Все разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться в претензионном порядке. Срок рассмотрения Клиникой претензии (с приложением обосновывающих документов) устанавливается 10 (десять) рабочих дней. Если Сторонами не достигнуто согласие в ходе переговоров, споры и разногласия разрешаются в судебном порядке. Стороны договорились, что настоящим договором устанавливается исключительная подсудность, все споры касающиеся изменения, расторжения, признания недействительным настоящего договора, все споры, связанные с защитой прав потребителя по настоящему договору, будет рассматриваться в суде по месту нахождения Клиники.
- 6.6.** Подписание Законным представителем настоящего договора свидетельствует об его ознакомлении со всем изложенным в настоящем договоре и приложениях к нему и Пациенту и полном согласии Законного представителя. Законный представитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание медицинских услуг Пациенту на платной основе. Законный представитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Клиника обеспечила Законного представителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах содержащей следующие сведения:
- 6.6.1.** о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также сведениях о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинских услуг;
 - 6.6.2.** ознакомила его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
 - 6.6.3.** ознакомила его с действующим в Клинике Прейскурантом на платные медицинские услуги;
 - 6.6.4.** ознакомила его с локально-нормативными актами Клиники, в том числе Правилами предоставления медицинских услуг ООО "БИГМЕД", утвержденный Генеральным директором «01» января 2019г.;
 - 6.6.5.** ознакомила его со сведениями о медицинских работниках ООО "БИГМЕД", оказывающими медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
 - 6.6.6.** ознакомила его с другими сведениями, относящимися к предмету настоящего Договора.

7. Реквизиты сторон

Клиника:

ООО «БИГМЕД»

Юридический адрес: Российская Федерация:

141401 Московская область, Химки город, Германа Титова

улица, дом 10, этаж 1, помещение Н-0013

ОГРН 1195081051990 ИНН 5047228673 КПП 504701001

р/с 40702810840000064229 в ПАО «Сбербанк»

БИК 044525225 к/с 3010181020000000225

тел. 8 (495) 3230003

Генеральный директор _____ Мурадханова А.М.

М.П.

Пациент:

ФИО

Выдан:

Адрес Регистрации -

Адрес проживания -

Контактный

(подпись Законного представителя)

Приложения к договору:

1. Приложение № 1 – Заказ на оказание медицинских услуг
2. Приложение № 2 – Информированное добровольное согласие Пациента
3. Приложение № 3 – Согласие на обработку персональных данных Пациента
4. Приложение №4 - Заявление о согласии получать результаты анализов и медицинскую информацию дистанционно
5. Приложение № 5 – Акт выполненных работ.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Я,

(Фамилия имя и отчество Законного представителя)_____
года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу __________
(Адрес регистрации или места жительства Законного представителя)

на основании документа, удостоверяющего личность _____

(Вид документа, серия и номер)

являющийся (-ая) законным представителем Пациента _____

(Фамилия имя и отчество пациента Представляемого)

года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу __________
(Адрес регистрации или места жительства Представляемого)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в **ООО «БИГМЕД»** (далее Клиника).

Вид медицинской услуги в соответствии с договором:

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. Медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснено о состоянии здоровья Представляемого, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана

информация о состоянии здоровья Представляемого _____

(Ф.И.О., контактный телефон)

медицинским работником, что я удостоверяю своей подписью:

(подпись)_____
(Ф.И.О. Законного представителя полностью)_____
(подпись)_____
(Ф.И.О. Медицинского работника)_____
г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПРЕДСТАВЛЯЕМОГО

Я,

_____ (Фамилия имя и отчество Законного представителя)

_____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу _____

_____ (Адрес регистрации или места жительства Законного представителя)

на основании документа, удостоверяющего личность _____

(Вид документа, серия и номер)

являющийся (-ая) законным представителем Пациента _____

(Фамилия имя и отчество пациента Представляемого)

_____ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу _____

_____ (Адрес регистрации или места жительства Пациента)

ознакомился с документами **ООО «БИГМЕД»** (далее – клиника), устанавливающими порядок обработки персональных данных работников, с моими правами и обязанностями в данной области и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных **ООО «БИГМЕД»**, адрес: **Московская область, г. Химки, ул. Германа Титова, д. 10** на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный (е) телефоны, адрес электронной почты, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность;
- данные о состоянии здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью;
- физиологические особенности человека, состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации;
- семейное положение, наличие детей, родственные связи, образ жизни, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью.

Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку персональных данных Представляемого в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными и персональными данными Представляемого с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) персональных данных. Оператор вправе обрабатывать персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Я предоставляю право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц: ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО – ТЕСТ». Передача персональных данных другим юридическим или физическим лицам, не указанным в настоящем пункте, запрещена.

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной Представляемому до этого медицинской помощи и обеспечить их.

Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие считается данным мной третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной _____

(подпись)

(Ф.И.О. Законного представителя полностью)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
НА ДИСТАНЦИОННУЮ ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ**

Законный представитель вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

Предоставлением адреса электронной почты Законный представитель дает согласие **ООО «БИГМЕД»** (далее Клиника) пересылать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте результатов лабораторной диагностики.

За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Законный представитель имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Законный представитель обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

Законный представитель предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к окончательному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);
- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);
- повреждений файлов.

Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Я ознакомлен с указанными выше положениями, Законный представитель _____

адрес регистрации _____

мобильный телефон _____

электронная почта _____

Я даю согласие на передачу информации по эл. почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениям _____
(подпись Законного представителя)

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях _____
(подпись Законного представителя)

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи _____
(подпись Законного представителя)

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания _____
(подпись Законного представителя)

Настоящее согласие дано мной _____

(подпись)

(Ф.И.О. Законного представителя полностью)