

Я, нижеподписавшийся(-ая)

<ПАЦИЕНТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО ПОЛНОЕ><ПАЦИЕНТ ЕСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ> подтверждаю, что в соотв. с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Пост. Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736) до заключения договора Исполнитель:

- довел до моего сведения в наглядной и доступной форме действующие «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Пост. Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736), представленные на информац. стенде Исполнителя;
- уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;
- предоставил мне в доступной форме информацию о возможности получения 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 в других медицинских организациях, участвующих в их реализации.

_____/ **<ПАЦИЕНТ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО ПОЛНОЕ>** /

ДОГОВОР № <ДОКУМЕНТ НОМЕР>

на оказание платных медицинских услуг

р.п. Краснообск

<ДОКУМЕНТ ДАТА>

Общество с ограниченной ответственностью «Центр врачебной косметологии и диагностики «СЕЛЕНА» (ООО «ЦВКД СЕЛЕНА»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице администратора **<ДОКУМЕНТ ОТВЕТСТВЕННЫЙ>**, действующего на основании Доверенности № 12 от 01.12.2023 г., с одной стороны,

и **<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО ПОЛНОЕ>**, именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик, являющийся законным представителем пациента **<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>**, **<ПАЦИЕНТ ДР>** г.р., именуемого в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Заказчик обязуется оплатить эти Услуги. Стоимость услуг определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания услуг. Услуги оказываются в соответствии с требованиями и стандартами, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Прейскурант является общедоступным по месту нахождения Исполнителя по адресу: 630501, Новосибирская обл., Новосибирский район, р.п. Краснообск, 2 мкр., д.№ 221. В целях настоящего договора под услугой понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, имеющих самостоятельное законченное значение.

1.2. Перечень предоставляемых по договору Услуг, условия предоставления отдельных видов медицинских вмешательств, требования к качеству (свойствам) используемых медицинских изделий, материалов и лекарственных препаратов, письменно согласуются Сторонами в Плане лечения (его дополнениях и изменениях) или при оформлении Информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя Пациента) на медицинское вмешательство, являющихся неотъемлемыми частями настоящего договора.

1.3. Сроки ожидания предоставления услуг согласуются Сторонами письменно либо устно перед каждым последующем посещением Пациентом Исполнителя. По окончании каждого этапа лечения составляется Акт выполненных работ.

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги предоставляются на основании лицензии № Л041-01125-54/00301856 от 29.10.2015 г. (срок действия – бессрочно) по адресу 630501, Новосибирская обл., Новосибирский район, р.п. Краснообск, Микрорайон 2, д. № 221, помещения: 5, 6, 8-12 (второй этаж).

Выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 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); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; косметологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. Лицензия выдана Министерством здравоохранения Новосибирской области, адрес: 630007, г.Новосибирск, Красный проспект, 18, телефон: 8 (383) 238-63-56.

2.2. Услуги предоставляются в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем клинических рекомендаций или стандарта мед.помощи.

2.3. Услуги оказываются медицинским персоналом Исполнителя в форме плановой медицинской помощи в амбулаторных условиях в месте нахождения Исполнителя (Новосибирская обл., Новосибирский район, р.п. Краснообск, Микрорайон 2, д. № 221) и в соответствии с установленным графиком её работы.

2.4. По требованию Пациента (Заказчика) может быть составлена Смета, как неотъемлемая часть договора. Смета составляется на основании согласованного сторонами плана лечения, в случае изменения (корректировки) плана лечения изменения вносятся в Смету.

2.5. Стороны могут устанавливать срок лечения в плане (предварительном, измененном), являющемся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. При различных видах медицинской помощи, в том числе стоматологической помощи, сроки варьируют от 3 дней до 3 лет, и определяются медицинскими показаниями и индивидуальной реакцией организма на вмешательство.

2.6. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется при личном посещении либо через администратора Исполнителя посредством телефонной связи. Телефон администратора: +7 (383) 388-41-40, 239-51-01.

2.7. Стоимость отдельной Услуги определяется суммой цен за необходимые медицинские вмешательства (манипуляции), используемые медицинские изделия, материалы и лекарственные препараты согласованного качества в соответствии с Прейскурантом цен, действующим у Исполнителя на момент оплаты Услуги. Исполнитель имеет право пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги по новым методикам.

2.8. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком на условиях 100% оплаты по факту их оказания в день посещения либо в ином порядке: _____ за весь комплекс услуг, предусмотренных планом лечения, либо по итогам каждого посещения врача, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету, в т.ч. с использованием платежных банковских карт. Исполнитель выдает документ, подтверждающий оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек).

2.9. Информация о режиме работы Исполнителя, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, перечень Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и

порядке их оплаты, а также сведения о специалистах Исполнителя, об уровне их профессионального образования и квалификации размещаются на сайте Исполнителя <https://www.cvkdselena.ru/> в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на стойке ресепшен и на информационном стенде в вестибюле помещения Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказывать медицинскую услугу (медицинское вмешательство) в соответствии с установленными обязательными требованиями и условиями настоящего договора.

3.1.2. Провести предварительное обследование пациента с целью установления диагноза, в том числе для определения зубочелюстных аномалий (при ортодонтическом и ортопедическом лечении) и составления плана лечения, и прогнозируемого (неточного) результата после окончания лечения. Информировать Заказчика о возможности использования различных по качеству медицинских и иных изделий, материалов и лекарственных препаратов, об их основных характеристиках и стоимости, а также другой информации необходимой для их правильного выбора Заказчиком, и согласовать с Заказчиком выбранный вариант до момента использования.

3.1.3. Осуществлять Услугу (медицинское вмешательство) в согласованные с Заказчиком дату и время. О времени предварительной записи, а также в случае невозможности своевременного оказания Услуги (болезнь врача, поломка оборудования и др.) информировать об этом Заказчика по указанному им телефону: <ПАЦИЕНТ ТЕЛЕФОН> устно или SMS-сообщением.

3.1.4. Немедленно предупредить Заказчика и приостановить оказание Услуги, если в ходе медицинского вмешательства выявятся обстоятельства, которые могут снизить качество предоставляемой Услуги, или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, или потребовать изменения согласованного плана.

3.1.5. В случае отказа от медицинского вмешательства разъяснить Заказчику последствия такого отказа для здоровья Пациента, достижения предполагаемого результата и надлежащего исполнения Договора. Подписать бланк отказа от лечения.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. В случае отсутствия у исполнителя организационно-технической возможности проведения отдельных видов медицинских вмешательств и в соответствии с целями настоящего договора направить Пациента в определенную медицинскую организацию или к конкретному медицинскому специалисту по своему усмотрению для прохождения обследования или лечения — с целью сохранения здоровья Пациента и максимального достижения предполагаемого результата.

3.2.2. В случае опоздания Пациента более чем на 20 (Двадцать) минут от согласованного Сторонам времени посещения, и невозможности из-за незначительного остатка времени оказать услугу, перенести прием, согласовав с Пациентом новую дату и время.

3.2.3. В случае непредвиденных организационно-технических препятствий к своевременному оказанию услуги (болезнь врача, поломка оборудования и др.) перенести её оказание на иную согласованную с Пациентом дату.

3.2.4. Приостановить оказание услуг по договору в случае:

- а) выявления у Пациента противопоказания, препятствующего проведению лечения, до момента устранения этого противопоказания;
- б) неисполнения Пациентом условий п. 3.3.1., создающих препятствия для надлежащего оказания услуг Исполнителем, до момента предоставления необходимой, полной и достоверной информации;
- в) наличия у Пациента контагиозной стадии острого респираторно-вирусного заболевания (грипп и т.д.) до момента выздоровления;
- г) наличия у пациента герпес-инфекции с высыпаниями на лице на всех стадиях;
- д) наличия у Пациента признаков алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- е) неисполнения или несвоевременного исполнения Пациентом порядка оплаты услуг по настоящему договору до момента оплаты или поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.2.5. Использовать персональные данные Пациента, включая информацию о состоянии его здоровья, в целях внутреннего контроля качества медицинской деятельности Исполнителя, в том числе, с привлечением медицинских специалистов из сторонних организаций.

3.2.6. Осуществлять аудио-, фото- и видео-фиксацию при оказании услуг для целей внутреннего контроля качества.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оказывать всестороннее и полное содействие Исполнителю в достижении целей настоящего договора:

- а) предоставить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии здоровья Пациента (хронических заболеваниях, наличии аллергии, непереносимости материалов и медикаментов, перенесенных операциях в области лица и шеи, инвалидности, диспансерного наблюдения и др.), которой он располагает. По запросу Исполнителя предоставить для ознакомления медицинские документы с результатами проведенных диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных и иных медицинских вмешательств;
- б) выполнять все назначения и рекомендации врачей Исполнителя, предоставленные в устной и письменной форме для достижения целей договора, при невозможности выполнения указаний врача незамедлительно информировать его или администратора Исполнителя по телефону +7 (383) 388-41-40, 239-51-01 о таком неисполнении для получения дальнейших рекомендаций;
- в) при всех отклонениях в состоянии здоровья, нарушении самочувствия, неприятных или необычных ощущениях в области проведенного медицинского вмешательства незамедлительно информировать лечащего врача по указанному телефону или непосредственно явиться на прием к врачу.

3.3.2. При прохождении назначенного курса лечения обеспечить отказ Пациента от употребления наркотиков, алкоголя, спиртосодержащих напитков, табака и психотропных препаратов, если последние не показаны курсом лечения, а также согласовывать с лечащим врачом употребление Пациентом любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, масел, и т. д.

3.3.3. Соблюдать согласованные с Исполнителем дату и время посещения. В случаях невозможности своевременного посещения по уважительной причине оперативно и заблаговременно не менее чем за 2 часа проинформировать об этом Исполнителя.

3.3.4. Перед началом ортодонтического или ортопедического лечения пройти полную санацию полости рта у стоматолога-терапевта, предоставить лечащему врачу выписку (в случае лечения в другой медицинской организации), подтверждающую это.

3.3.5. После установления ортодонтической или ортопедической конструкции соблюдать гигиену полости рта. Рекомендуется каждые полгода являться на профессиональную чистку для предотвращения развития кариеса и контроля за ортопедической конструкцией. В случае неявки Пациента, проходящего ортопедическое лечение на контрольные визиты для профгигиены полости рта гарантийные сроки на установленные конструкции уменьшаются согласно правилам.

3.3.6. Соблюдать рекомендации по ношению оборудования и конструкций, выданных пациенту в начале лечения. При несоблюдении рекомендаций возможны механические повреждения оборудования и конструкций, ответственность за которые несет сам Пациент.

3.3.7. Своевременно оплачивать Услуги Исполнителя согласно Договору, Приложениям к Договору и Актам выполненных работ.

3.3.8. По предложению Исполнителя в медицинской и иной документации, отражающей состояние здоровья Пациента, удостоверить личной подписью: а) достоверность сообщенных сведений о состоянии своего здоровья;

- б) согласованный план лечения, изменения и дополнения к нему;
- в) согласованные требования к качеству используемых материалов и средств (выбор типа конструкций);
- г) добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства;
- д) отказ от проведения рекомендованного Исполнителем медицинского вмешательства;
- е) факт получения письменных рекомендаций, памяток для пациента, иных информационных материалов, копий и выписок из медицинской документации и других относящихся к предмету договора документов, предоставляемых Исполнителем.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Пациент имеет все права пациента и потребителя, установленные Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1, иными действующими нормативно-правовыми актами в сфере охраны здоровья граждан.

- 3.4.2. Получать необходимую и достоверную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, обеспечивающую ему возможность правильного выбора услуги.
- 3.4.3. Получать в доступной форме информацию о проводимом медицинском вмешательстве, задавать уточняющие вопросы и получать ответы, в т.ч. в письменной форме, при выражении Информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство.
- 3.4.4. Получать полную информацию о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о предполагаемом прогнозе исправления зубочелюстной аномалии, прогнозе терапевтического и хирургического лечения, а так же непосредственно знакомиться с медицинской документацией Исполнителя, отражающей состояние здоровья Пациента, после окончания лечения получить всю необходимую документацию (выписной эпикриз, справку и др.). По письменному заявлению получать иные выписки из медицинской документации или копии в установленном законом порядке.
- 3.4.5. Отказаться от Услуг при условии оплаты расходов Исполнителя, связанных с оказанием Услуг, и подписания по требованию Исполнителя соответствующего отказа от медицинского вмешательства. Услуги, оказанные Исполнителем до момента такого отказа, оплачиваются Заказчиком в полном объеме.
- 3.4.6. Потребовать предоставить в доступной форме сведения о клинических рекомендациях, порядках и стандартах оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении услуг; информацию о конкретном медицинском работнике участвующим в оказании услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
- 3.4.7. Потребовать рассмотрения вопросов в отношении его здоровья и надлежащего оказания услуг по договору на заседании врачебной комиссии Исполнителя, в соответствии с Положением о врачебной комиссии.
- 3.4.8. В случае наличия претензий относительно качества оказанных Услуг, обращаться непосредственно к Исполнителю для урегулирования данных претензий.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей, установленных п.п.3.3.1.-3.3.6. Договора, рекомендаций Исполнителя по лечению или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
- 4.3. Если Исполнитель оказал Услуги соответствующего уровня в соответствии с условиями Договора, клиническими рекомендациями и порядками оказания медицинской помощи, то отсутствие ожидаемого Заказчиком результата не является основанием для признания Услуги, оказанной ненадлежащим образом.
- 4.4. Указанные в тексте информированного добровольного согласия возможные риски (побочные эффекты, осложнения и другие последствия) при медицинском вмешательстве, являются условиями получения услуги (условия о качестве услуги), и в случае их возникновения не могут рассматриваться как недостаток оказанной услуги и не свидетельствуют о ненадлежащем исполнении обязательств Исполнителем.
- 4.5. Споры и разногласия по настоящему договору решаются путем принятия сторонами мер по их урегулированию в досудебном порядке путем переговоров. При не достижении соглашения, споры между сторонами рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА, СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанного уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
- 5.2. Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 5.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора и требовать от Заказчика оплаты фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору в случае:
- 5.4.1 выявления у Пациента абсолютных противопоказаний к проведению медицинского вмешательства, в том числе возникшие или выявленные в период оказания услуг по Договору;
- 5.4.2 отказа от исполнения или ненадлежащего исполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных п.п.3.3.1-3.3.8 Договора, существенно затрудняющих или делающих невозможным для специалистов Исполнителя осуществить медицинское вмешательство и исполнить надлежащим образом свои обязательства по Договору;
- 5.5. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 1 (одного) года. Если по истечении срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не заявила о своем намерении прекратить договорные отношения, настоящий Договор автоматически пролонгируется на каждый последующий год на прежних условиях. Количество пролонгаций Договора не ограничено.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. Настоящий договор заключен в 2 (двух) экземплярах, по одному для Заказчика и Исполнителя.
- 6.2. С даты подписания настоящего Договора, ранее заключенные между теми же Сторонами договоры действуют до момента полного исполнения Сторонами своих обязанностей.

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «ЦВКД СЕЛЕНА», ИНН 5433197860, КПП 543301001,
Юридический адрес (он же почтовый): 630501, Новосибирская область, Новосибирский район, р.п. Краснообск, 2 мкр, д.№221
р/с 40702810923380000425
в Филиале "Новосибирский" ОАО "АЛЬФА-БАНК"
БИК 045004774, корр./счет 30101810600000000774

_____/ <ДОКУМЕНТ ОТВЕТСТВЕННЫЙ> /
Доверенность № 12 от 01.12.2023 г.

Заказчик (представитель Пациента):

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО ПОЛНОЕ>, законный представитель
Пациента: <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>
Проживающий(-ая) по адресу:
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАСПОРТ>

Договор прочитан мною лично, условия договора и приложения к нему мне разъяснены и понятны.

_____/ <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ФИО ПОЛНОЕ> /

<ПАЦИЕНТ ТРЕХСТОРОННИЙ ДОГОВОР>
<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ И ПАСПОРТ>
<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ ПОДПИСЬ>

СОГЛАСИЕ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся **<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ>**, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, фото- и видеозображения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), контактные телефоны. Предоставляю ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **<ДОКУМЕНТ_ДАТА>** и действует бессрочно.

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «ЦВКД СЕЛЕНА», по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «ЦВКД СЕЛЕНА». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной моему представляемому до этого медицинской помощи.

<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ>, адрес регистрации: **<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>**

Тел.: **<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ТЕЛЕФОН>**

_____/ **<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ>** /

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся **<ПАЦИЕНТ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ><ПАЦИЕНТ_ЕСТЬ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>** в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, фото- и видеозображения, адрес места жительства, паспортные данные (или иного документа удостоверяющего личность), контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В процессе оказания ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» **<ПАЦИЕНТ_КОМУ_ОКАЗЫВАЕТСЯ_ПОМОЩЬ>** медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать указанные персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «ЦВКД СЕЛЕНА», в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» право осуществлять все действия (операции) с указанными персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включение в списки и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Срок хранения указанных персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной **<ДОКУМЕНТ_ДАТА>** и действует бессрочно.

Оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «ЦВКД СЕЛЕНА», по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю ООО «ЦВКД СЕЛЕНА». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной **<ПАЦИЕНТ_КОМУ_ОКАЗЫВАЕТСЯ_ПОМОЩЬ>** до этого медицинской помощи. Хранение медицинской документации будет осуществляться в этом случае в соответствии с действующим законодательством.

Я понимаю, что согласно п.2 ст. 9 ФЗ № 152 «О персональных данных» ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» имеет право продолжить обработку данных о моем здоровье в указанных целях даже в случае отзыва мною настоящего согласия. Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским учреждениям, органам следствия и суда, органам санитарно-эпидемиологической защиты, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти.

Я проинформирован и согласен с тем, что согласно ст. 78, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ООО «ЦВКД СЕЛЕНА» имеет право: создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

_____/ **<ПАЦИЕНТ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ>** /

Я, **<ПАЦИЕНТ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ><ПАЦИЕНТ_ЕСТЬ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>**, настоящим даю свое согласие на передачу персональных данных, а именно (результаты анализов, медицинские заключения, справки и прочие документы), через незащищенные каналы связи (интернет) на мою электронную почту:

_____, при этом, я осведомлен(-на) что передача данных через незащищенные каналы связи может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (нарушению конфиденциальности, целостности, доступности) этих данных.

_____/ **<ПАЦИЕНТ_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО_ПОЛНОЕ>** /

<ДОКУМЕНТ_ДАТА>