

Бесплатное приложение для пациентов

- Все записи к врачу в одном месте
- Безопасная электронная медкарта
- Защищенный канал передачи документов
- Удобная онлайн-запись



Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург «24» августа 2026 ООО «Клиника Доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Исаджанян Ашота Дерениковича, действующего на основании Устава с одной стороны и Иванов Иван Иванович, именуемый в дальнейшем «Потребитель», и Сергеев Сергей Сергеевич, именуемый в дальнейшем Заказчик другой стороны, заключили трехсторонний Договор нижеследующем:

Сведения об исполнителе: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Доктор», ОГРН 1207800126115, дата внесения записи в ЕГРЮЛ 02.10.2020, наименование регистрирующего органа - Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу, ИНН 7806576709, адрес местонахождения: 195298, Санкт-Петербург, проспект Энтузиастов 43, д 43, к. 1, лит А, пом.14-Н, 15-Н, лицензия № 041-01148-78/00288208 от 23 декабря 2020 (бессрочная), на оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; по: педиатрии, терапии; помощи в условиях дневного стационара по: терапии; по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, остеопатии, отоларингологии за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, пульмонологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, телефон 88126468999

1.1.Сведения о потребителе: Иванов Иван Иванович 1980 0000 200-000 ГУ УУ РФ «1» января 2020 Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

1.1.1 Сведение об Заказчике

Сергеев Сергей Сергеевич 0000 000000 ГУ УУ РФ 200-000 Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

1.Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя и Заказчика (законного представителя потребителя), обязуется оказать Потребителю медицинские услуги: консультативные услуги, инструментальная диагностика, лабораторная диагностика

в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными [законодательством](#) об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить данную помощь.

1.2. Стоимость и перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется действующим Прейскурантом.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [Федеральным законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Сроки ожидания платных медицинских услуг (включая консультации, диагностические инструментальные, функциональная диагностика, УЗИ) и лабораторные исследования при оказании

первичной медико-санитарной помощи – не более 14 дней, при подозрении на онкозаболевание – не более 7 дней со дня обращения за услугой).

1.5. Потребитель ознакомлен с условиями договора и прејскурантом до подписания настоящего договора.

1.6. ООО «Клиника Доктор» информирует Потребителя и Заказчика 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 (Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи), а также на основании Правил предоставления платных медицинских услуг (Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736) уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 (заказчика)

/ *Иванов Иван Иванович*

2. Права и обязанности сторон

2.1 Исполнитель обязуется:

2.2. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.3. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.4. Оказывать медицинские услуги, в объеме, предусмотренном настоящим Договором, своевременно и качественно, согласно требованиям действующего законодательства (при необходимости – круглосуточно, включая выходные и праздничные дни).

2.5. В случае изменения состояния здоровья Потребителя, обуславливающего необходимость изменения перечня (спектра) предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг, немедленно поставить в известность об этом Потребителя или его представителя для внесения соответствующих изменений в настоящий Договор.

2.6. Обеспечивать Потребителя доступной, своевременной, достоверной и достаточной информацией об оказываемых медицинских услугах и их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

2.7. Информировать Потребителя о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.8. При необходимости, организовывать (обеспечивать) взаимодействие с иными медицинскими организациями, услуги которых окажутся необходимыми в ходе лечения Потребителя.

2.9. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

2.10. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

2.11 Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения), рецептурный бланк с поставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации. Запрашиваемые документы предоставляются Потребителю в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов.

2.12. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской

Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.13. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.14 Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.15. **Исполнитель вправе** отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, при выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

Заказчик обязуется:

2.17. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в [п. 3.1](#) настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

Потребитель обязуется:

2.18. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.19. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.20. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.21. **Потребитель имеет право:**

2.22. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.23. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.24. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.25. Потребитель и Заказчик дают свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании действующего Прейскуранта платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем и составляет _____ (Пять тысяч) рублей 00 копеек :

3.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.5. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика.

3.6. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4. 4. Условия предоставления платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика .

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской

помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

4.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

5. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Потребитель и Заказчик несут ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Заказчика выплаты неустойки в размере 0,5 % за каждый день просрочки от

стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

4.4. В случаях, предусмотренных пунктами 4.2. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

4.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с [п. 2.18](#) настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями.

4.6. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Конфиденциальность

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

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: ООО «КЛИНИКА ДОКТОР»
ОГРН 1207800126115 ИНН 7806576709 КПП 780601001
Юридический адрес: 195298, г. Санкт-Петербург, Энтузиастов пр-т, д. 43, корп. 1, лит. А, пом. 14-н, офис 11
Почтовый адрес: 195298, г. Санкт-Петербург, Энтузиастов пр-т, д. 43, корп. 1, лит. А, пом. 14-н, офис 11
р/с 40702810755000028478
к/с 30101810500000000653 БИК 044030653
Лицензия № ЛО41-01148-78/00288208 от 23.12.2020 г. ООО «КЛИНИКА ДОКТОР»
тел.: 8(812)646-89-99 e-mail: clinicadoctor@yandex.ru

Потребитель: Иванов Иван Иванович
1980 0000 000000 ГУ УУ РФ 200-000 Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Генеральный директор ООО «Клиника Доктор» _____ Исаджанян А.Д.

Киселева Арина Владимировна на основании доверенности

Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

_____ подпись

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на медицинское вмешательство, на все процедуры, на осмотр.**

г. Санкт-Петербург. «24» августа 2026

Я, Иванов Иван Иванович даю ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ООО «Клиника Доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Исаджанян А.Д. , действующего на основании Устава и лицензии № 041-01148-78/00288208 от 23 декабря 2020 (бессрочная) 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 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом,

Осмотра Абакарова К. М. (прием консультация), диагностические исследования лабораторных исследований физиотерапия, манипуляции, массаж и мануальная терапия , внутривенные струйные, внутривенные капельные, внутримышечные другие инъекции и уколы, мМедикаментозное прерывание беременности .

1. Я информирован(а) о состоянии моего здоровья и заболевании (ях), соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу моего заболевания и стадии его развития.
2. Мне разъяснены характер предстоящих исследований/манипуляций, связанным с ними риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: 1) болевых ощущениях; 2) повышенной кровоточивости; 3) тромбозе, эмболии (закупорке сосудов); 4) воспалительных явлениях; 5) обострении сопутствующих заболеваний; 6) аллергических реакциях; 7) колебаниях артериального давления; 8) механическом повреждении органа; 9).возможности нетрудоспособности и неблагоприятного жизненного прогноза.
3. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне поэтапного медикаментозного лечения и действием данных лекарственных препаратов, с возможным изменением медикаментозной терапии в случае непереносимости лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения.
4. При неблагоприятных результатах исследований и/или необходимости принятия по результатам исследования экстренных мер прошу: -сообщить мне по телефону, указанному в контактной информации; -сообщить моему лечащему врачу (по умолчанию).
5. 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» Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которых) 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 моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти: _____
6. Я информирован(а) о том, что вся необходимая мне медицинская помощь может быть мне предоставлена в рамках программы обязательного медицинского страхования без дополнительной оплаты, но прошу по моему желанию оказать мне медицинскую помощь в организации, которую я выбрал самостоятельно, в клинике с оплатой медицинских услуг согласно условиям договора.
7. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения повторного забора крови, другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в пункте и даю свое согласие на выполнение дополнительной процедуры.
8. Я поставил в известность врачей обо всех проблемах со здоровьем, образе жизни, аллергиях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкоголем и наркотиками и

- другими химическими веществами и осознаю свою ответственность за достоверность этой информации.
9. Я ознакомлен с предварительным планом обследования и лечения. При этом мне разъяснена и доведена информация что ни один специалист не может дать абсолютной гарантии в достижении желаемого результата. Кроме того, при проведении любого медицинского вмешательства имеет место определенный профессиональный риск. Поэтому я подтверждаю, что Врач не обещал мне стопроцентного успеха лечения.
 10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
 11. Я проинформирован (а) о том, что после в\в вмешательств крови могут возникнуть такие осложнения, как:
 - появление подкожной гематомы (кровоизлияния) в месте пункции;
 - воспаление мягких тканей в месте пункции в результате инфицирования;
 - развитие локального флебита (воспаления участка вены) в месте венепункции;
 - повреждение нерва в результате его укола или сдавливания образовавшейся гематомой
 - появление крапивницы, других аллергических реакций замедленного и немедленного типа, обморока, аллергической реакции, вплоть до анафилактического шока, нетипичной реакцией на правильно введенный препарат, слабостью, головокружением; и других жизнеугрожающих ситуаций, и др.
 12. Со своей стороны я высказал (а) все жалобы, назвал (а) все имеющиеся у меня отклонения от нормы, особые реакции моего организма (головокружения и обмороки при заборе крови, наличие аллергических реакций, индивидуальной непереносимости лекарственных форм, ранее перенесенных флебитов, коагулопатий и пр., используемых мною в настоящее время медикаментов (антикоагулянтов и т.п.). **Я подтверждаю, что у меня не было аллергических реакций на введение лекарственных препаратов внутривенно, не было обмороков при введении ранее назначенных препаратов.**
 13. Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искажённой или ложной информации, о своём состоянии, реакциях организма и перенесённых заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства; Я получил рекомендации о режиме, который необходимо соблюдать после проведения процедуры, ознакомлен с возможными осложнениями, которые могут возникнуть в случае нарушения рекомендаций, а также порядке действий в случае возникновения осложнений; Я имел возможность задавать сотруднику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы; Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни.
 14. Я информирован(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
 15. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на 1 календарный год от даты подписания ИДС. Я осведомлен, что в любой момент могу внести изменения в документ по срокам оказания услуг и при возникновении других жалоб.
 16. Я подтверждаю, что ознакомился (-лась) с действующим прейскурантом Клиники и информирован (-а) о стоимости предлагаемых медицинских услуг до подписания настоящего информированного согласия, ознакомлен (а) с распорядком дня, нормами и правилами поведения, правилами оказания медицинских услуг в Клинике и обязуюсь соблюдать их.
 17. Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, согласен (на) со всеми пунктами подписываемого документа, что удостоверяю своей подписью.

Дата:

Заказчик _____/_____/ФИО/

Согласие на обработку персональных данных

Я, Иванов Иван Иванович Сергеев Сергей Сергеевич нижеподписавшийся (ая), проживающий(ая) по адресу, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, с изменениями от 01.03.2023 г., подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Клиника Доктор» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя.

отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета В Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваний, 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. В процессе оказания ООО «Клиника Доктор» (далее Оператор) мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Оператор имеет право на использование своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным Фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. 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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее соглашение дано мной лично _____ / Потребитель

Настоящее соглашение дано мной лично _____ / Заказчик /

Уведомление-обязательство сотрудника при работе с персональными данными.

Настоящим я уведомлен, что, являясь сотрудником ООО «Клиники Доктор», осуществляю сбор, обработку, дополнение и хранение персональных данных сотрудников (пациентов). Обязуюсь осуществлять сбор, обработку, хранение, а также в предусмотренных законом случаях передачу персональных данных:

– только в объемах, необходимых для исполнения моих трудовых обязанностей;

– только в соответствии с правилами, ограничениями и запретами, предусмотренными в настоящем Положении. Обязуюсь не разглашать персональные данные других сотрудников и пациентов, ставшие мне известными в процессе исполнения трудовых обязанностей. _____ /

От Зарегистрированного по адресу

Паспорт серия №

Выдан

Отказ

в предоставлении персональных данных в ЕГИСЗ

Мне Иванов Иван Иванович было предложено предоставить персональные данные для передачи в ЕГИСЗ. Я, _____, не даю согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ). Дальнейших претензий к организации (ИНН 7806576709/1207800126115) по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____ /

