

ДОГОВОР №28921/ДН2018
на оказание платных медицинских услуг.

г. Челябинск

Дата 2019 года

<p>Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице ФИО администратора полностью, действующей на основании Доверенности от _____ года, с одной стороны, и Законный представитель (мать, отец, опекун) ФИО пациента полностью, _____ года рождения, документ серия № Выдан _____ Дата выдачи: _____, проживающий по адресу: страна, индекс, область, город, район, ул., д., кв., _____, контактный телефон: _____, адрес электронной почты: _____, действующий в интересах малолетнего (ей) (до 14 лет/недееспособного (ой)) ФИО малолетнего/недееспособного/ пациента полностью, _____ г.р., Свидетельство о рождении - № - Выдан: Дата выдачи: _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:</p>
<p>Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице ФИО администратора полностью, действующей на основании Доверенности от _____ года, с одной стороны и ФИО совершеннолетнего дееспособного пациента полностью _____ (действующего в отношении себя), _____ г.р., проживающий (ая) по адресу: страна, индекс, область, город, район, ул., д., кв., документ серия № _____ Выдан _____ Дата выдачи: _____, контактный телефон: +7 _____, адрес электронной почты: _____, именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:</p>

1. Сведения об Исполнителе.

Фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника" (ООО "ПолиКлиника")

Юридический адрес: 454100, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д.11, нежилое помещение № 1;

ОГРН 1157448005065, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от "16" апреля 2015 г. серия 74 № 006335978,

наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной налоговой службы по Курчатовскому району г. Челябинска;

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-004408 от 19 января 2018 года, выдана Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. +7 (351) 263-52-62).

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО «ПолиКлиника» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности указан в Приложении № 1.

2. Предмет Договора.

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке указанные в настоящем Договоре.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, разрешенными на территории Российской Федерации.

2.1.2. Медицинская помощь оказывается в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включает в себя предоставление медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), оказывается в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Объем обследования и диагностических манипуляций, длительность лечения и реабилитации определяется порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами (рекомендациями) и другими нормативными документами, действующими на территории Российской Федерации. По просьбе Потребителя медицинские услуги в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств могут предоставляться, в том числе, в объеме, превышающим объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных 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, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н.

2.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Дополнительном соглашении к Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Форма Дополнительного соглашения приведена в Приложении № 3.

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;
- ознакомил его с Порядком предоставления ООО «ПолиКлиника» платных медицинских услуг, утвержденных приказом от 14.07.2018 года № 96/1, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- представил для ознакомления копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;
- уведомил его 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, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям;
- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- проинформировал его о конкретном медицинском работнике, предоставляющим соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), а также о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах медицинской помощи.

2.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинской помощи на платной основе, а так же своей волей и в своем интересе дает согласие на сбор, хранение и обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должности, сведения о состоянии здоровья), необходимых для исполнения настоящего договора, а так же защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (Приложение № 2)

2.5. Факт оказания медицинской помощи фиксируется в Заключении, которое составляется в двух экземплярах и подписывается представителем Исполнителя и Потребителем (его представителем). Подпись в заключении Потребитель подтверждает, что услуги с Потребителем согласованы, в том числе стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом, что услуги оказаны в полном объеме и претензии к качеству медицинских услуг отсутствуют.

В случае обнаружения Потребителем недостатка оказанной Исполнителем услуги в течение 10 дней с момента ее оказания Потребитель (при условии отсутствия подписи Потребителя в Заключении) направляет письменную претензию в адрес Исполнителя. При отсутствии претензии услуга признается оказанной надлежащего качества.

2.6. Сроки оказания медицинских услуг определяют исходя из конкретной клинической ситуации Потребителя. Сроки согласуются с потребителем

(его представителем) в медицинской документации, которая представляет собой неотъемлемую часть договора.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. Оказать Потребителю платную медицинскую помощь в объеме медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), согласованной Сторонами.
- 3.1.2. Оказывать медицинскую помощь качественно, с использованием современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.
- 3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала, работу медицинского оборудования, соответствующего требованиям законодательства Российской Федерации, для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 3.1.4. Предоставить необходимую Потребителю информацию об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинские услуги.
- 3.1.5. В случае изменении времени и объема предоставляемой медицинской помощи, уведомить Потребителя об этом не позднее, чем за 2 (два часа) до назначенного времени визита Потребителя по согласованному с Потребителем способу связи: телефон, смс, электронная почта.
- 3.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке и обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т.п.) и выдать копии медицинских документов.
- 3.1.7. Извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 3.1.8. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, о случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя, в противном случае Исполнитель несет расходы на их оказание за свой счет;
- 3.1.9. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя (врачебная тайна), деонтологию и медицинскую этику.

3.2. Потребитель обязуется:

- 3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен, и в порядке, установленном разделом 4 настоящего Договора.
- 3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, утвержденными приказом от 14.07.2018 года № 96/1 «Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «ПолиКлиника»»;
- 3.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, а также исходах лечения, проведенного в других медицинских организациях.
- 3.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору;
- 3.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.
- 3.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.
- 3.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, биологически активных добавок (препаратов) и т.д.
- 3.2.8. Заботиться о сохранении своего здоровья, в том числе своевременно проходить медицинские осмотры в медицинских организациях любой формы собственности;
- 3.2.9. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя по согласованному номеру телефона в регистратуру, не менее, чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.
- 3.2.10. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно сообщить Исполнителю.
- 3.2.11. Подписывать Информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг.
- 3.2.11. Подписывать Информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг.

3.3. Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Отказаться в приеме Потребителю в случаях:
- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения и обратиться в правоохранительные органы, если Потребитель нарушает общественный порядок в ООО «ПолиКлиника», мешает работе медицинского персонала;
 - Действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей поликлиники.
 - При выявлении у Потребителя противопоказаний к оказываемым услугам.
- 3.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.
- 3.3.3. В случае, если Потребитель опаздывает на время приема специалиста, назначенное Исполнителем во время предварительной записи, Исполнитель имеет право сократить время оказания медицинской услуги Заказчику на время опоздания, если иное может привести к задержке предварительно согласованного приема следующего клиента. Стоимость услуги в этом случае от длительности приема не зависит.
- 3.3.4. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации.
- 3.3.5. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка ООО «Поликлиника».
- 3.3.6. На односторонний отказ от исполнения настоящего договора в случае отсутствия у него возможности оказать потребителю медицинские услуги (на основании определения КС РФ от 06.06.2002 № 115-О).

3.4. Потребитель имеет право:

- 3.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.
- 3.4.2. Отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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 по форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 20.12.2012 N 1177н.
- 3.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 3.4.4. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4. Цена и порядок оплаты услуг.

- 4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется исходя из согласованного с Потребителем плана лечения, а также в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, с которым

Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

4.2. Стоимость медицинских услуг по Дополнительному соглашению к настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения.

4.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу медицинской организации, либо безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предварительной оплаты по выбору Потребителя.

Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг в процессе оказания медицинской помощи, объем услуг, оговоренный в Дополнительном соглашении к Договору, может быть изменен с согласия Потребителя.

В таком случае, Исполнителем и Потребителем подписывается еще одно Дополнительное соглашение к Договору, в котором оговорен перечень дополнительных платных медицинских услуг. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.5. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением к Договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг.

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем не полной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика приема; рекомендаций, выданных медицинским персоналом Исполнителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществом Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действием или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенных ущерб в полном объеме.

5.6. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

6. Порядок изменения и расторжения Договора.

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и надлежащим образом подписаны Сторонами.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случаях:

6.2.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя.

6.2.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Отказ Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Потребителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя.

6.3. В случае расторжения договора по инициативе любой из сторон, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, Если же Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

7. Конфиденциальность.

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С письменного согласия Потребителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8. Заключительные положения.

8.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 1 (одного) года. В случае если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего Договора за 30 (тридцать) дней до окончания действия Договора, Договор считается продленным на тех же условиях на такой же срок.

Договор прекращает свое действие по достижении ребенком (Потребителем) 14-летнего возраста.

С даты подписания настоящего Договора прекращает свое действие ранее заключенный Сторонами договор на оказание платных медицинских услуг.

8.2.1. После исполнения настоящего Договора, Исполнитель выдает Потребителю копии (выписки) из Медицинских документов, отражающие состояние его здоровья, по письменному заявлению Потребителя.

9. Уведомление Потребителя.

9.1. Исполнитель ставит Потребителя в известность 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. (Приложение № 4).

10. Юридические адреса, банковские реквизиты, подписи сторон.

Реквизиты ООО Поликлиника

Потребитель Законный представитель (мать, отец, опекун) Фамилия, инициалы Адрес места жительства: страна , индекс , область, город, район, ул. , д. , кв. , контактный телефон: +7 , адрес электронной почты: @ Документ удостоверяющий личность: Паспорт: серия № Выдан: Дата выдачи: / / подпись ФИО представителя полностью
Потребитель _____ Фамилия, инициалы Адрес места жительства: страна , индекс , область, город, район, ул. , д. , кв. , контактный телефон: +7 , адрес электронной почты: @ Документ удостоверяющий личность: Паспорт: серия № Выдан: Дата выдачи: / / подпись ФИО полностью

Приложение № 1
к договору № /ДН от 20 года

Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность ООО "ПолиКлиника"

в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

1. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико - санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лечебной физкультуре; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; операционному делу; организации сестринского дела; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии;

3) при оказании первичной врачебной медико- санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи; общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии- андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; кардиологии; клинической фармакологии; колопроктологии; косметологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинской генетике; медицинской статистике; неврологии; нейрохирургии; неотложной медицинской помощи; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии- наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рефлексотерапии; сердечно- сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

5) при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической фармакологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); пульмонологии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; урологии; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

2. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; клинической фармакологии; колопроктологии; неврологии; онкологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; терапии; травматологии и ортопедии; урологии; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; пульмонологии;

3. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи;

2) при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи, по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии;

3) при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи;

4) при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии;

4. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; сестринскому делу;

5. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к

управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности.

Приложение № 2
к договору № от 20 года

**Добровольное информированное согласие
(для лиц старше 18 лет).**

Я, нижеподписавшийся, ФИО

проживающий (ая) по адресу: **Россия, индекс, область, город, район, улица, дом, квартира**
паспорт серии №, выдан дата выдачи
проживающий(ая) по адресу: **Россия, индекс, область, город, район, улица, дом, квартира**
паспорт: серия № выдан дата выдачи

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», 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/или обязанным сохранять врачебную тайну, даю свое добровольное информированное согласие на:

обработку ООО "ПолиКлиника", находящемся по адресу: Россия, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д.11, н/п №1, (далее - Оператор) моих персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, для установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и/или обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, номер полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Согласие распространяется и на иные цели обработки персональных данных: продвижение услуг Оператора; изучение конъюнктуры рынка; получение и исследование статистических данных об объеме и качестве оказанных услуг; совершенствование уровня предоставляемых Оператором услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам (сторонние лаборатории и медицинские учреждения) в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с оказанием мне медицинской помощи, 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.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов исходя из нормативно-правовых требований.

Поставить галочку	да	нет	подпись
<p>предоставление всех результатов лабораторных исследований в виде электронного файла результатов лабораторных исследований, проведенных мне с использованием современных технических средств передачи информации (посредством электронной почты), и прошу направлять все результаты лабораторных исследований по мере их готовности на адрес электронной почты: @</p> <p>Я проинформирован(а), что ООО «ПолиКлиника» не несет ответственности за неверно указанные мною адрес электронной почты и другие контактные данные.</p> <p>Я осведомлен (а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса</p> <p>О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден.</p> <p>ООО «ПолиКлиника» не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.</p> <p>Мне разъяснено, что указанный мною адрес электронной почты будет внесен в базу данных ООО «ПолиКлиника» и будет использоваться для автоматического направления на него результатов моих лабораторных исследований.</p> <p>Я проинформирован (а), что получение результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, ДНК-тесты на определение родства осуществляется лично при наличии паспорта. Выдача результатов по электронной почте не осуществляется.</p>			
Поставить галочку	да	нет	подпись

<p>Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 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)</p> <p>результаты лабораторных исследований, за исключением результатов лабораторных исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетические исследования _____</p> <p>результаты инструментальных исследований, за исключением _____</p> <p>иная медицинская информация, за исключением копии и выписки, а также _____</p> <p>может быть передана следующим лицам _____</p> <p>(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)</p> <p>Я уведомлен, что данное согласие может быть отозвано в любое время посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.</p> <p>Я не даю свое согласие на передачу информации о моем здоровье.</p>			
			подпись

<p>сбор, хранение, обработку и использование данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью с целью:</p> <p>- регистрации меня (как Пользователя, далее Пользователь) на Сайте: clnicaistochnik.ru / ci74.ru и в мобильном приложении qMS Mobile, идентификации Пользователя; предоставление Пользователю доступа к личному кабинету на Сайте и в мобильном приложении, аналитики действий Пользователя на Сайте и в мобильном приложении. Для информирования о медицинских услугах, оповещения о проводимых акциях, скидках, мероприятиях, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения о предоставленных услугах, рассылки новостей и т.п.;</p> <p>- установления медицинского диагноза, консолидации медицинской информации и данных обследований;</p> <p>- оказания телемедицинских услуг.</p> <p>- обработки данных для оформления ЭЛН (электронного листка нетрудоспособности),</p> <p>На обработку моих персональных данных, как Пользователя сети Интернет, не являющихся специальными или биометрическими: адрес электронной почты; пользовательских данных: файлы cookie, тип и версия ОС, тип и версия браузера, тип устройства и разрешение его экрана, источник откуда пришел на сайт Пользователь, с какого сайта или по какой рекламе, язык ОС и браузера, какие действия совершает Пользователь на Сайте clnicaistochnik.ru / ci74.ru и в мобильном приложении qMS Mobile, ip-адрес.</p>			
Поставить галочку	да	нет	подпись

<p>на получение рассылки материалов рекламного и/или информационного характера посредством SMS-сервисов, Viber, WhatsApp, Skype и других мессенджеров, электронной почты и т.д., а также размещение указанной информации на документации в связи с исполнением настоящего договора (далее – согласие) с целью оперативного получения новостей о вводе новых услуг, о специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок, бонусов, а также семинарах, фестивалях и иных рекламных мероприятиях, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об оказанных услугах, уровне сервиса, удовлетворенности.</p>			
Поставить галочку	да	нет	подпись

<p>Предоставляю свое письменное информированное согласие на осуществление моей фотосъемки, видеосъемки.</p> <p>Я согласен (а) на клиническое использование фотографий, видеозаписей (далее Материалы) для прослеживания динамики состояния (заболевания) и эффективности лечения, а также для возможной дальнейшей оценки качества оказания медицинских услуг.</p> <p>Я даю согласие на использование Материалов в образовательных, исследовательских целях и в документах медицинского учета.</p> <p>Я осведомлен (а), что будет фиксироваться минимально возможная площадь моего тела (фрагмент), необходимая для закрепления значимой с медицинской точки зрения информации. Мое согласие охватывает фиксацию Материала в том объеме и в тех целях, которые соответствуют фактической ситуации (оценки и динамики состояния (заболевания)).</p> <p>Я осознаю, что фотографии могут быть использованы в публикациях медицинских книг или статей.</p> <p>Давая согласие на использование Материалов, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые мне будут предоставлены. Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий. Вместе с тем я понимаю, что после того, как Материалы будут переданы на опубликование («поступят в печать»), отозвать согласие будет невозможно.</p> <p>Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.</p> <p>Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений (иных материалов) в образовательных целях или для публикации в медицинских книгах или журналах (включая их электронные версии). Я понимаю, что мои изображения помимо научного и медицинского сообщества могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться моими персональными данными (мой ФИО, номер истории болезни или иные идентификаторы, прямо указывающие на меня), и будут предприняты все меры для обеспечения моей анонимности.</p>			
Поставить галочку	да	нет	подпись

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись субъекта персональных данных

()

Фамилия, инициалы

**Добровольное информированное согласие
(для несовершеннолетних лиц в возрасте до 14 лет, и недееспособных лиц).**

Я, нижеподписавшийся: ФИО _____
 проживающий (ая) по адресу: Россия, индекс, область, город, район, улица, дом, квартира _____
 паспорт серии № _____, выдан _____, дата выдачи _____ года _____
 являясь законным представителем /опекуном/ несовершеннолетнего /недееспособного/ [Ф. И. О.] на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса РФ (п. 2. ст. 15 ФЗ от 24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"),
 проживающего (ей) по адресу: Россия, индекс, область, город, район, улица, дом, квартира _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», 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/или обязанным сохранять врачебную тайну, даю свое согласие на:

обработку ООО "ПолиКлиника", находящемся по адресу: Россия, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д.11, н/п №1, (далее - Оператор персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) для осуществления медико-профилактических целей, для установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и/или обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, номер полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор имеет право:

- при обработке персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Согласие распространяется и на иные цели обработки персональных данных: продвижение услуг Оператора; изучение конъюнктуры рынка; получение и исследование статистических данных об объеме и качестве оказанных услуг; совершенствование уровня предоставляемых Оператором услуг.

В процессе оказания медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному), в том числе, при прохождении им предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право Оператору передавать персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам (сторонние лаборатории и медицинские учреждения) в интересах обследования моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) и лечения, уточнения диагноза заболевания, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с оказанием медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному), 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.

Передача персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия и с согласия несовершеннолетнего ребенка (подопечного).

Срок хранения персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов исходя из нормативно-правовых требований.

Поставить галочку	да	нет	подпись
--------------------------	-----------	------------	----------------

предоставление всех результатов лабораторных исследований в виде электронного файла результатов лабораторных исследований, проведенных мне с использованием современных технических средств передачи информации (посредством электронной почты), и прошу направлять все результаты лабораторных исследований по мере их готовности **на адрес электронной почты:** @

Я проинформирован(а), что ООО «ПолиКлиника» не несет ответственности за неверно указанные мною адрес электронной почты и другие контактные данные.

Я осведомлен (а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса

О связанных с использованием электронной почты рисках разглашения персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну и тайну частной жизни, в том числе о возможности доступа третьих лиц к предоставляемой информации в процессе и/или в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты, предупрежден. ООО «ПолиКлиника» не несет ответственности за разглашение персональных данных и конфиденциальной информации в результате направления результатов лабораторных исследований посредством электронной почты по указанному мною адресу.

Мне разъяснено, что указанный мною адрес электронной почты будет внесен в базу данных ООО «ПолиКлиника» и будет использоваться для автоматического направления на него результатов лабораторных исследований моего ребенка (подопечного).

Я проинформирован (а), что получение результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, ДНК-тесты на определение родства осуществляется лично при наличии паспорта. Выдача результатов по электронной почте не осуществляется

Поставить галочку	да	нет	подпись
--------------------------	-----------	------------	----------------

сбор, хранение, обработку и использование данных о состоянии здоровья моего ребенка (подопечного), заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью с целью:

- **регистрации меня** (как Пользователя, далее Пользователь) **на Сайте: clineaistochnik.ru / ci74.ru и в мобильном приложении qMS Mobile**, идентификации Пользователя; предоставление Пользователю доступа к личному кабинету на Сайте и в мобильном приложении, аналитики действий Пользователя на Сайте и в мобильном приложении. Для информирования о медицинских услугах, оповещения о проводимых акциях, скидках, мероприятиях, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения о предоставленных услугах, рассылки новостей и т.п.;
- установления медицинского диагноза, консолидации медицинской информации и данных обследований;
- **оказания телемедицинских услуг.**
- **обработки данных для оформления ЭЛН** (электронного листка нетрудоспособности),

На обработку персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), как Пользователя сети Интернет, не являющихся специальными или биометрическими: адрес электронной почты; пользовательских данных: файлы cookie, тип и версия ОС, тип и версия браузера, тип устройства и разрешение его экрана, источник откуда пришел на сайт Пользователь, с какого сайта или по какой рекламе, язык ОС и браузера, какие действия совершает Пользователь на Сайте clineaistochnik.ru / ci74.ru и в мобильном приложении qMS Mobile, ip-адрес.

Поставить галочку	да	нет	подпись
--------------------------	-----------	------------	----------------

на получение рассылки материалов рекламного и/или информационного характера посредством SMS-сервисов, Viber, WhatsApp, Skype и других мессенджеров, электронной почты и т.д., а также размещение указанной информации на документации в связи с исполнением настоящего договора (далее – согласие) с целью оперативного получения новостей о вводе новых услуг, о специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок, бонусов, а также семинарах, фестивалях и иных рекламных мероприятиях, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об оказанных услугах, уровне сервиса, удовлетворенности.

Поставить галочку	да	нет	подпись
--------------------------	-----------	------------	----------------

Предоставляю свое письменное информированное согласие на осуществление фотосъемки, видеосъемки ребенка (подопечного), законным представителем которого я являюсь.

Я согласен (а) на клиническое использование фотографий, видеозаписей (далее Материалы) для прослеживания динамики состояния (заболевания) и эффективности лечения, а также для возможной дальнейшей оценки качества оказания медицинских услуг.

Я даю согласие на использование Материалов в образовательных, исследовательских целях и в документах медицинского учета.

Я осведомлен (а), что будет фиксироваться минимально возможная площадь тела ребенка (подопечного) (фрагмент), необходимая для закрепления значимой с медицинской точки зрения информации. Мое согласие охватывает фиксацию Материала в том объеме и в тех целях, которые соответствуют фактической ситуации (оценки и динамики состояния (заболевания)).

Я осознаю, что фотографии могут быть использованы в публикациях медицинских книг или статей.

Давая согласие на использование Материалов, я понимаю, что не получу за них плату от какой-либо из сторон. Я осведомлен(а), что мой отказ от предоставления согласия на использование фотографий не повлияет на качество медицинских услуг, которые будут предоставлены ребенку (подопечному). Я могу отозвать свое согласие в любое время до опубликования фотографий. Вместе с тем я понимаю, что после того, как Материалы будут переданы на опубликование («поступят в печать»), отозвать согласие будет невозможно. Подписывая данную форму, я подтверждаю, что положения данного согласия были мне четко и доступно разъяснены.

Я даю письменное информированное согласие на использование моих изображений (иных материалов) в образовательных целях или для публикации в медицинских книгах или журналах (включая их электронные версии). Я понимаю, что изображения ребенка (подопечного) помимо научного и медицинского сообщества могут быть доступны широкой общественности, включая средства массовой информации. Несмотря на то, что изображения не будут сопровождаться персональными данными (ФИО ребенка (подопечного), номер истории болезни или иные идентификаторы), и будут предприняты все меры для обеспечения анонимности.

Поставить галочку	да	нет	подпись
--------------------------	-----------	------------	----------------

Настоящее согласие действует до достижения несовершеннолетним ребенком (подопечным) 14-летнего возраста /до восстановления дееспособности/. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись законного представителя несовершеннолетнего ребенка (до 14 лет) ()

Фамилия, инициалы

Приложение № 3
к договору № от 2019 годаДополнительное соглашение от «__»_____201__ года №__
к Договору на оказание платных медицинских услуг от «__»_____201__ года №__

Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице ФИО администратора полностью, действующей на основании Доверенности от _____ года, с одной стороны, и Законный представитель (мать, отец, опекун) ФИО пациента полностью , _____ года рождения, , документ серия _____ № Выдан _____ Дата выдачи: _____, проживающий по адресу: страна , индекс , область, город, район, ул. , д. , кв. , контактный телефон: _____, адрес электронной почты: _____, действующий в интересах малолетнего (ей) (до 14 лет/недееспособного (ой)) ФИО малолетнего/недееспособного/ пациента полностью , _____ г.р., Свидетельство о рождении - № - Выдан: Дата выдачи: _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны",
Общество с ограниченной ответственностью "ПолиКлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице ФИО администратора полностью, действующей на основании Доверенности от _____ года, с одной стороны и ФИО совершеннолетнего дееспособного пациента полностью _____, (действующего в отношении себя), _____ г.р., проживающий (ая) по адресу: страна , индекс , область, город, район, ул. , д. , кв. , документ серия _____ № _____ Выдан _____ Дата выдачи: _____, контактный телефон: +7 _____, адрес электронной почты: _____, именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель" с другой стороны, а совместно именуемые "Стороны",

в целях определения Перечня медицинских услуг, оказываемых Потребителю и их стоимости, подлежащей оплате, в соответствии с условиями настоящего Договора заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

Перечень (смета) платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту, руб.	Итого сумма к оплате, руб.

Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей _____ копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии п. 2.2. настоящего Договора.

Потребитель/ законный представитель
(несовершеннолетнего до 14 лет/
недееспособного) _____ «__»_____201__ г.

Исполнитель _____ «__»_____201__ г.