

г. Челябинск

« _____ » _____ 202_____ г.

Законный представитель _____, « _____ » _____ г.р., далее именуемый "Потребитель", действующая в интересах несовершеннолетнего лица _____, « _____ » _____ г.р., далее именуемая «Пациент», с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника»** (ООО «ПолиКлиника», лицензия на осуществление медицинской деятельности от 19.01.2018 рег. № Л041-01024-74/00552136 (№ по бланку ЛО-74-01-004408, срок действия: бессрочно, далее – Лицензия), выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. +7 (351) 263-52-62), далее именуемое «Исполнитель», в лице **Старшего Администратора Образец**, действующего на основании Доверенности от года _____, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги (далее - Услуги) согласно Лицензии и Прейскуранту Исполнителя (далее – Прейскурант), а Потребитель оплачивает Услуги в сроки и порядке, определённые настоящим Договором.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность согласно Лицензии: 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, др. **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, др. **3. При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (далее СМП) организуются и выполняются следующие работы (услуги):** 1) при оказании СМП вне медицинской организации по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; скорой медицинской помощи; 2) при оказании СМП помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами СМП, по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; 3) при оказании СМП в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; медицинской статистике; СМП; 4) при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии, др. **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.

1.2. Потребитель является заказчиком Услуг в пользу Пациента: _____ « _____ » _____ г.р., свидетельство о рождении _____ № _____ выдано _____, дата выдачи: _____ г., адрес регистрации и места жительства: _____

Статус Потребителя: _____ Пациента, полномочия подтверждаются

: _____ № _____ Выдан: _____ Дата выдачи: _____ г.

(реквизиты документа: паспорт/свидетельство о рождении / документ, выданный органами записи актов гражданского состояния / решение органов опеки и попечительства / вступившее в законную силу решение суда об установлении усыновления (удочерения) ребенка)

1.3. Услуги оказываются по адресам, указанным в Лицензии (п.6.8 настоящего договора) в порядке, утверждённом нормативными актами Российской Федерации (РФ), Министерством здравоохранения РФ (стандарты, клинические рекомендации, др.), локальными актами.

1.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания Договора Исполнитель посредством предоставления информации непосредственно Потребителю при его обращении к Исполнителю, размещения на сайте: <https://ci74.ru/> и информационном стенде, установленном по адресу осуществления медицинской деятельности:

1.4.1. ознакомил его с Правилами предоставления платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ООО «ПолиКлиника», Прейскурантом, Лицензией, проинформировал о подключении Клиники к ЕГИСЗ в рамках лицензионных требований (Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения») и об её обязанности передавать структурированные электронные медицинские документы (СЭМДы) в РЭМД ЕГИСЗ после оказания Услуг Потребителю, об образовании и о квалификации медицинских работников, методах оказания Услуг, видах медицинского вмешательства, последствиях, рисках, ожидаемых результатах, об иных сведениях, относящихся к Договору и выбранной Потребителем Услуге;

1.4.2. информировал о возможности получения соответствующей медицинской помощи без взимания платы в рамках государственной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней (далее – Программы). Настоящим Договором Потребитель подтверждает, что осознанно и добровольно сделал выбор в пользу платных Услуг и понимает, что их стоимость не подлежит возмещению за счет средств ОМС;

1.4.3. уведомил, что несоблюдение назначений (рекомендаций) специалистов Исполнителя могут снизить качество Услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2. Условия, порядок и сроки оказания Услуг. Конфиденциальность

2.1. Перечень (объём), стоимость, сроки и порядок оплаты, условия, сроки оказания Услуг определяются Договором и/или дополнительными соглашениями (далее – Дополнительное соглашение), которые являются неотъемлемыми частями Договора. Сроки ожидания Услуг определяются в соответствии с локальным актом Исполнителя (размещён на сайте: <https://ci74.ru/> и информационном стенде Исполнителя).

2.2. Услуги оказываются после заключения Сторонами Договора, дополнительных соглашений к Договору, подписания информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство и на обработку персональных данных (ПД). При отказе Потребителя дать согласие на обработку ПД / отзыва согласия, Исполнитель обрабатывает ПД Потребителя без его согласия в установленных законом рамках (в медико-профилактических целях, реализации Договора, др.). Услуги могут быть оказаны в полном объёме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ / по просьбе Потребителя - в объёме, превышающем объём стандарта/в виде отдельных консультаций (медицинских вмешательств, др.).

2.3. Сроки, объём Услуг (назначение дополнительных Услуг) могут быть изменены путём оформления Дополнительного соглашения.

2.4. При назначении Пациенту дополнительного обследования, ответственность за его выполнение несет Потребитель, при отказе - лечащий врач вправе приостановить оказание Услуг из-за отсутствия необходимой для лечения Пациента информации.

2.5. После оказания Услуги Потребителю в сроки, установленные нормативными актами Минздрава России, выдаётся утверждённого образца медицинский документ / его копия (Справка/Заключение/Протокол исследования/Выписка, др.), без взимания дополнительной платы.

2.6. По желанию Потребителя при оказании Услуг может быть использован приобретенный им расходный медицинский материал, при условии подтверждения (кассовый чек, товарная накладная, др.) покупки у продавца, имеющего лицензию на фармацевтическую деятельность. Исполнитель не несет ответственность за качество предоставленного Потребителем расходного материала.

2.7. Информация в рамках Договора является конфиденциальной, не подлежит разглашению без письменного согласия каждой из Сторон, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом. Исполнитель не несёт ответственность за распространение указанной информации, если Потребитель и/или Пациент сам предоставил её третьим лицам/разместил в информационных источниках (СМИ, Интернет, др.).

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. предоставлять Потребителю информацию об условиях и порядке оказания Услуг, о состоянии здоровья Пациента, результатах обследований, диагнозе, методах лечения, рисках, возможных последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности, показаниях/противопоказаниях к применению;

3.1.2. соблюдать иные требования законодательства в сфере здравоохранения.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. отказать в Услуге / приостановить её оказание (при отсутствии угрозы для жизни Пациента) / расторгнуть Договор при наличии следующих объективных оснований: 1) отказ Потребителя подписать: ИДС на медицинское вмешательство и/или обработку персональных данных, Договор, Дополнительное соглашение; 2) нахождение Потребителя в состоянии алкогольного/наркотического/токсического опьянения, нарушение Потребителем / Пациентом общественного порядка; 3) наличие у Пациента противопоказаний к Услугам, нарушение плана и режима лечения, невыполнение врачебных рекомендаций, необходимых для продолжения оказания Услуг; 4) наличие у Потребителя долга по оплате (до даты погашения. Исполнитель вправе взыскать неустойку в размере 1 % от общей суммы задолженности за каждый день просрочки); 5) наличие непреодолимых обстоятельств / технических причин (отключение электроэнергии, поломка оборудования, др.).

3.2.2. при опоздании Потребителя сократить время оказания Услуги на время опоздания, при этом стоимость Услуги не подлежит изменению; перенести дату и/или время оказания Услуги при опоздании Потребителя более чем на 10 (десять) минут к началу её оказания;

3.2.3. привлекать для оказания Потребителю Услуг третьих лиц, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. ознакомиться с порядком и условиями предоставления Услуг, Прейскурантом, Лицензией, предоставлять лечащему врачу достоверную информацию о здоровье, наличии противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний; соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов, режим лечения, выполнять назначения лечащего врача, сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия;

3.3.2. подтвердить явку на приём способом, предложенным Исполнителем (ответить на телефонный звонок или подтвердить через ссылку в информационном сообщении Исполнителя). Потребитель согласен, что отсутствие с его стороны подтверждения явки на приём является для Исполнителя основанием для отмены его записи на приём. При изменении согласованных с Исполнителем даты и/или времени приёма / отмене приёма, не менее, чем за 2 (Два) часа до начала оказания Услуги известить об этом Исполнителя по телефону +7 (351)77-88-887.

3.3.3. своевременно производить оплату Услуг; уведомлять Исполнителя об изменении сведений, указанных в п. 7.2 Договора.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. в доступной форме получать информацию, связанную с оказанием Услуг; отказаться от Услуг в установленном законом порядке;

3.4.2. на иные права, предусмотренные законодательством РФ.

4. Цена Договора. Стоимость Услуг. Порядок расчетов

4.1. Цена Договора складывается из стоимости Услуг, оказанных Потребителю в период срока действия Договора. Стоимость Услуг определяется действующим Прейскурантом и фиксируется в Дополнительном соглашении.

4.2. Оплату Услуг Потребитель производит наличным или безналичным способом в день их оказания на условиях 100% предоплаты, если иной порядок не установлен настоящим договором или соглашением сторон. Оплата подтверждается документом (кассовый чек или бланк строгой отчетности), который выдаётся Потребителю.

4.3. По результату оказания медицинских услуг производится сверка взаиморасчетов. Если стоимость оказанных услуг превышает сумму предоплаты, Потребитель вносит недостающую сумму любым способом, не запрещенным законодательством РФ, если сумма предоплаты превысила стоимость оказанных услуг, излишне уплаченная сумма возвращается Потребителю или зачисляется в качестве предоплаты последующих медицинских услуг.

5. Ответственность Сторон. Порядок разрешения споров

5.1. Ответственность Сторон, порядок возмещения: 1) вреда, причиненного жизни/здоровью Потребителя в результате некачественно оказанной Услуги, 2) ущерба, причиненного Потребителем имуществу Исполнителя, регулируются законодательством РФ.

5.2. Споры разрешаются путем переговоров / в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии - 10 дней со дня её получения, и может быть продлён Сторонами до 30 дней. При необходимости, Потребитель согласен на проведение Исполнителем экспертизы качества с привлечением сторонних экспертов. При неурегулировании спора, каждая из Сторон имеет право обратиться в суд.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за сохранность личных вещей Потребителя, за исключением верхней одежды, сданной в гардероб, что подтверждается жетоном.

6. Порядок изменения и расторжения Договора. Заключительные положения

6.1. Любые изменения к Договору оформляются Дополнительными соглашениями, подписанными Сторонами.

6.2. Настоящий Договор расторгается: 1) по инициативе Потребителя по любым основаниям путём направления Исполнителю уведомления о расторжении Договора; 2) по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным Договором и/или законодательством РФ; 3) по соглашению Сторон и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.3. До расторжения Договора Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные при исполнении Договора расходы и стоимость оказанных Услуг. При предоплате Услуг их стоимость возвращается Потребителю в течение 3 рабочих дней с даты расторжения Договора за вычетом стоимости оказанных Услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов. Дополнительное соглашение о расторжении Договора не заключается. Датой расторжения Договора считается дата окончательного расчёта между Сторонами.

6.4. Потребителю предоставляется доступ к электронному личному кабинету на сайте: <https://ci74.ru/> и в мобильном приложении qMS Mobile на условиях Пользовательского соглашения. Потребитель несёт ответственность за своевременное предоставление Исполнителю сведений об изменении номера своего мобильного телефона и за доступ к личному кабинету третьих лиц.

6.5. Электронная переписка имеет юридическую силу, если она велась Сторонами по адресам и телефонам, указанным в разд. 7 Договора.

6.6. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до достижения Пациентом возраста 14 лет или даты расторжения в порядке, установленном Договором и/или законодательством РФ. Ранее заключенный Сторонами договор на оказание платных медицинских услуг прекращает свое действие с момента заключения настоящего Договора (при его наличии).

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

6.8. Медицинские услуги оказываются Исполнителем согласно Лицензии по следующим адресам: г. Челябинск, 454100 ул. 40-летия Победы, 11, 4544003 ул. Чичерина 34а, 456518 Челябинская область, р-н Сосновский, д. Малиновка, ул. Градостроителей (мкр.Лесной остров), д.1/3, пом. №101.

6.9. Договор заключен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному - для каждой Стороны

7. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

7.1. Исполнитель ООО «ПолиКлиника»

Юр. и почтовый адрес: 454100, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, дом № 11, и/п 1, ИНН 7448179152
КПП 744801001 ОГРН 1157448005065 (запись в ЕГРЮЛ от 16.04.2015г., Инспекция федеральной налоговой службы по Курчатовскому р-ну г. Челябинск) Банковские реквизиты:
Р/с 40702810404000042797 в УРАЛЬСКОМ ФИЛИАЛЕ АО "Райффайзенбанк" К/с 30101810100000000906
БИК 046577906 Тел.: +7(351) 778-88-87

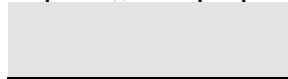
7.2. Потребитель


Дата рождения:» _____ » _____ г.
: _____ № _____ Выдан: _____ Дата
выдачи: _____ г.
Адрес регистрации: _____, _____, _____,
_____, д. _____
Адрес места жительства и почтовый:
Тел: _____
E-mail: _____

С условиями Договора согласна, с документами (п.1.4.) ознакомлена, оформленный экземпляр Договора получила,

Старший администратор

Потребитель





Старшего администратора образец

М.П.

Подпись

«__» _____ 202__ г.

«__» _____ 202__ г.

Информированные добровольные согласия на обработку персональных данных

Я, _____, «__» _____ г.р., _____ : _____ № _____ Выдан: _____ Дата выдачи: _____ г., номер телефона: _____, адрес электронной почты: _____, адрес регистрации: _____, _____, _____, д. _____, (далее – **Потребитель**), являясь законным представителем несовершеннолетней (до 14 лет)/(недееспособной) _____, дата рождения: «__» _____, адрес регистрации: (далее – **Пациент**),

на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса РФ/п.2. ст. 15 ФЗ от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю следующие **информированные добровольные согласия (далее - ИДС) ООО «ПолиКлиника»** (юридический адрес: 454100, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, дом № 11, н/п 1, ИНН 7448179152 КПП 744801001 ОГРН 1157448005065, далее - Оператор):



ИДС № 1. Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

1. К обработке персональных данных (далее – ПД) относятся: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, изменение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение ПД (п. 3 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ).

2. Цели обработки ПД: медико-профилактические, установление диагноза, оказание медицинских услуг, исполнение Оператором и Потребителем условий договора на оказание платных медицинских услуг и требований законодательства РФ, иные цели обработки ПД Оператором, в том числе силами третьих лиц в рамках договорных отношений с Оператором, необходимые для оказания медицинских услуг, оформления электронных рецептов на лекарственные препараты и листов нетрудоспособности, продвижения услуг Оператора, изучения конъюнктуры рынка и статистических данных об оказанных услугах, аналитики эффективности рекламных каналов, повышения уровня услуг, др.

3. Предоставляю Оператору согласие на обработку моих и Пациента ПД : фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, полисов ОМС и ДМС (при наличии), адрес и дата регистрации по месту жительства и фактического проживания, медицинские данные (диагнозы, сведения об оказанных услугах, реквизиты листка нетрудоспособности, др.), другие общие, специальные и биометрические ПД, обработка которых необходима в рамках оказания медицинских услуг (медицинской помощи).



4. Дистанционное предоставление сканированных копий документов (включая медицинские), содержащих ПД и информацию, составляющую врачебную тайну (далее – Документы) (выбрать один из двух вариантов, заполнить и расписаться):

<p>Вариант № 1. Прошу Оператора и даю согласие до достижения Пациентом возраста 15 лет (в случае недееспособности – до дееспособности Пациента) предоставлять Документы на адрес электронной почты: _____@_____ и направлять их по необходимости без дополнительного уведомления и согласия. За неверно указанный адрес электронной почты Оператор ответственность не несёт.</p> <p>Я предупреждён Оператором и понимаю, что Документы будут поступать на незащищенный электронный адрес, что несёт риск несанкционированного доступа третьих лиц к ПД и их разглашению. В этом случае всю ответственность возлагаем на себя и гарантируем Оператору не предъявлять ему претензии/иски по указанным случаям.</p> <p>До меня доведена информация, что результаты исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, ДНК-тесты выдаются только при личном обращении и предъявлении паспорта.</p> <p style="text-align: center;"> Подпись Потребителя</p>	<p>Вариант № 2. Запрещаю Оператору предоставлять Документы по электронной почте</p> <p style="text-align: center;"> Подпись Потребителя</p>
---	--

Дистанционное предоставление Документов является правом, а не обязанностью Оператора, и он вправе приостановить или прекратить дистанционное предоставление Документов в любое время.


5. Сведения, составляющие врачебную тайну (специальная категория ПД, не передаётся третьим лицам без согласия Потребителя, за исключением случаев, определённых законом, договором и настоящим ИДС, не предоставляется по телефону).

Пользуясь правом Потребителя (выбрать один из двух вариантов, заполнить и расписаться):

<p>Вариант № 1. Предоставляю Оператору согласие:</p> <p>- передавать в отношении Пациента сведения, составляющие врачебную тайну в следующем объёме (выбрать, отметить «V», заполнить (при необходимости)):</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="31 1456 319 1556"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="319 1456 1204 1556">о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении</td> </tr> <tr> <td data-bbox="31 1556 319 1657"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="319 1556 1204 1657">о результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований</td> </tr> </table> <p>- выдавать оригиналы / копии медицинских документов в отношении:</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="31 1680 319 1736"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="319 1680 1204 1736">результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований</td> </tr> <tr> <td data-bbox="31 1736 319 1769"> <input type="checkbox"/> </td> <td data-bbox="319 1736 1204 1769">иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)</td> </tr> </table> <p>(ФИО гражданина полностью, которому будут передаваться сведения, составляющие врачебную тайну) паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., № телефона: +7 (____) _____, адрес регистрации: _____</p> <p style="text-align: center;"> Подпись Потребителя</p>	<input type="checkbox"/>	о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении	<input type="checkbox"/>	о результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований	<input type="checkbox"/>	результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований	<input type="checkbox"/>	иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)	<p>Вариант № 2. Запрещаю Оператору передавать сведения о Пациенте составляющие врачебную тайну, любым третьим лицам. Запрет не касается лиц и случаев, определённых законом</p> <p style="text-align: center;"> Подпись Потребителя</p>
<input type="checkbox"/>	о состоянии здоровья, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, возможных рисках и осложнениях, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении								
<input type="checkbox"/>	о результатах лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов исследований на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований								
<input type="checkbox"/>	результатов лабораторных и диагностических исследований, за исключением результатов на ВИЧ, сифилис, вирусные гепатиты В и С, генетических исследований								
<input type="checkbox"/>	иные медицинские документы без ограничений (выписки, справки, др.)								

6. Предоставляю согласие Оператору на обработку ПД с целью: 1) регистрации и идентификации меня: 1.1) как Пользователя на Сайте: ci74.ru, в мобильном приложении qMS Mobile; 1.2) как Пользователя сети Интернет (электронная почта, пользовательские данные (cookie, источник направления на сайт Оператора, др.); 2) оказания телемедицинских услуг; 3) информирования меня о медицинских услугах, акциях, рекламах путём их рассылки через SMS, мессенджеры, электронную почту; заочный опрос для оценки оказанных мне услуг.

Подпись для ИДС № 1:


Подпись Потребителя

ИДС № 2. Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, разрешенных для распространения

1. К обработке персональных данных, разрешенных для распространения (далее – ПД) относятся действия Оператора с ПД, совершаемые с использованием/без использования средств автоматизации: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение/изменение, извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение и действия, направленные на раскрытие ПД неопределенному кругу лиц (ч. 3, ч. 5 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ) в порядке, установленном законом и настоящим ИДС.

2. Цели обработки ПД: взаимодействие Оператора с третьими лицами (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, другие юридические лица) в рамках оказания медицинских услуг Пациенту, исполнение Оператором и Потребителем условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) и требований законодательства РФ, оформление электронного листа нетрудоспособности, иные цели обработки ПД в рамках оказания медицинской помощи.



3. Предоставляю согласие Оператору на обработку в форме распространения моих и Пациента ПД третьим лицам, с которыми Оператор имеет договорные отношения в рамках медицинской деятельности (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, другие юридические лица) в указанных выше целях и в объёме, достаточном для моего обследования и лечения, проведения консилиумов/консультаций, уточнения диагноза, оформления финансовых и разрешительных документов, необходимых для оказания медицинской помощи, оформления электронных рецептов на лекарственные препараты, др.

4. Категории и перечень ПД, на обработку в форме распространения которых Потребитель даёт согласие:

4.1. Категория ПД: **Общие:** фамилия, имя, отчество, пол, дата, месяц, год, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, данные СНИЛС, полиса ОМС и полиса ДМС, место работы, должность, семейное положение, наличие детей, номер телефона, адрес электронной почты.

4.2. Категория ПД: **Специальные** (п.п. 4 п. 2 ст. 10 ФЗ № 152-ФЗ): данные о состоянии здоровья Пациента, анамнезе, диагнозе, характере заболевания, прогнозе, ожидаемых результатах и возможных последствиях, степени риска и осложнениях, результатах лабораторных и инструментальных исследований, видах, сроках, объёмах и условиях оказанных медицинских услуг, данных листа нетрудоспособности, любых других данных о состоянии моего здоровья, необходимых для оказания мне медицинской помощи (медицинских услуг).

4.3. Условия и запреты на обработку вышеуказанных ПД в форме распространения, кроме предоставления/получения доступа (в соответствии с ч. 9 ст. 10.1 ФЗ № 152-ФЗ) (поставить подпись в выбранном варианте):

- не устанавливаю условия и запреты на обработку ПД в форме распространения	 подпись
- устанавливаю запрет на обработку ПД в форме распространения любым лицам, за исключением круга лиц, которым Оператор в силу закона / Договора и в целях, указанных в ИДС, обязан предоставлять ПД (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, др.)	 подпись

5. Категория ПД: **Биометрические** (п. 1 ст. 11 ФЗ № 152-ФЗ): сведения, характеризующие физиологические и биологические особенности человека, на основании которых можно установить его личность.

Согласие Потребителя не требуется. ПД, полученные при помощи установленных на территории Оператора систем видеонаблюдения и аудиофиксации, (видеоизображение, фотографическое изображение, аудиозапись голоса), не предназначены для обработки в форме распространения и не используются Оператором для проведения процедуры идентификации (установления личности), соответственно не относятся к биометрическим ПД. Система видеонаблюдения и аудиофиксации установлена на территории Оператора в целях обеспечения безопасной деятельности ООО «ПолиКлиника» и контроля качества медицинских услуг.

Подпись для ИДС № 2:



Заключительные положения для ИДС № 1, ИДС № 2

1. До меня доведена информация и я понимаю, что:

- при установлении мной Оператору запретов на обработку моих и Пациента ПД и на обработку моих и Пациента ПД в форме распространения (далее – обработка ПД), такие запреты не распространяются на случаи обработки ПД без согласия Потребителя, определённые законом, настоящими Соглашениями и договором на оказание платных медицинских услуг и необходимые для достижения Оператором уставных целей, для выполнения возложенных на него законом функций, полномочий, обязанностей и исполнения Договора, заключенного с Потребителем, др.;

- обработка ПД осуществляется с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту ПД от несанкционированного доступа, лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и/или обязанными соблюдать конфиденциальность сведений и/или хранить профессиональную тайну.

2. ИДС № 1, № 2 действуют до достижения Пациентом возраста 14 лет / до восстановления дееспособности и могут быть отозваны (каждое в целом/в части, одновременно оба) в любое время по письменному заявлению Потребителя, которое предоставляется способом, позволяющим объективно зафиксировать факт извещения Потребителем Оператора об отзыве ИДС и факт принятия заявления Оператором. При этом срок хранения ПД равен сроку хранения медицинских документов, определённому нормативными актами РФ.

Дата подписания ИДС № 1, « ____ » _____ 202 ____ г.

ИДС № 2:

Общая подпись для ИДС № 1, ИДС № 2:



подпись Потребителя

ФИО Потребителя полностью

Дополнительное соглашение № _____

г. Челябинск

« _____ » _____ 202__ г.

Законный представитель мать _____, « _____ » _____ г.р., далее именуемая «**Потребитель**», действующая в интересах несовершеннолетнего лица (до 14 лет) _____, « _____ » _____ г.р., _____ № _____ Выдан: _____

Дата выдачи: _____ далее именуемый "**Пациент**", с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника» (ООО «ПолиКлиника», лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-74-01-004408 от 19 января 2018 года (далее – Лицензия), выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165, тел. +7 (351) 263-52-62), далее именуемое «**Исполнитель**», в лице **Старшего Администратора Образец**, действующего на основании Доверенности от года _____, с другой стороны,

совместно именуемые «Стороны», во исполнение условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) заключили настоящее Дополнительное соглашение (далее – Соглашение) о нижеследующем:

1. Исполнитель предоставляет Потребителю следующие Услуги:

№п/п	Наименование Услуги	Кол-во (ед.)	Срок/Дата оказания Услуги	Цена по прейскуранту (руб.)	Итого сумма к оплате (руб., без НДС)
1					

2. Общая стоимость Услуг по настоящему Соглашению составляет _____ (_____) рублей _____ копеек.

3. Оплата Услуг производится в порядке раздела 4 и п. 7.1 (банковские реквизиты) Договора. Оплатой Услуг и подписью в Соглашении Потребитель подтверждает, что перечень, стоимость отдельных Услуг и план лечения в целом с ним согласованы.

4. При выборе Потребителем оплаты Услуг в виде 100 % предоплаты, подписью в настоящем Соглашении он подтверждает добровольность выбора такой оплаты.

5. Потребитель имеет право часть стоимости Услуг оплатить бонусами (при их наличии) в соответствии с Бонусной программой (размещена на сайте ci74.ru и на стендах в помещениях ООО «ПолиКлиника») при условии, если её действие на момент обращения Потребителя не приостановлено Исполнителем.

6. Условия, порядок ожидания и оказания Услуг: в соответствии с условиями Договора и локальными актами Исполнителя.

7. Во всём остальном Стороны руководствуются Договором.

8. Соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, является неотъемлемой частью Договора, вступает в силу с момента его подписания.

9. Подписи Сторон

9.1. Исполнитель
ООО «ПолиКлиника»

Старший администратор

Старшего администратора образец

М.П.

9.2. Потребитель

подпись Потребителя

С условиями Соглашения согласен, оформленный экземпляр Соглашения получил,

Потребитель

подпись Потребителя