

____ (ФИО Потребителя), действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, далее именуемый(ая) «Потребитель»,

____ (ФИО Заказчика и Плательщика услуг), действующий(ая) от своего имени в интересах Потребителя, далее «Заказчик», 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 **ПолиКлиника** **ПолиКлиника**), далее именуемое «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Доверенности от _____.20__ года, с другой стороны,

заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель оказывает Потребителю платные медицинские услуги (далее - Услуги) согласно Лицензии и Прейскуранту Исполнителя (далее – Прейскурант), а Потребитель оплачивает Услуги в сроки и порядке, определённые 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. По настоящему Договору:

1.2.1. Потребитель является получателем Услуг (пациентом);
1.2.2. заказчиком Услуг и их плательщиком в пользу Потребителя является Заказчик, статус которого по отношению к Потребителю - _____ (супруг/супруга), мать/отец, дочь/сын, подопечный в возрасте до 18 лет).

Согласие на оплату Услуг, которые оказаны или будут оказаны Потребителю по настоящему Договору, Заказчик подтверждает своей подписью в разделе 8 настоящего Договора.

1.3. Услуги оказываются по адресам, указанным в Лицензии (п.7.8 настоящего договора) в порядке, утверждённом нормативными актами Российской Федерации (РФ), Министерством здравоохранения РФ (стандарты, клинические рекомендации, др.), локальными актами.

1.4. Потребитель подтверждает, что до и на момент подписания Договора Исполнитель лично и посредством 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, об образовании и о квалификации медицинских работников, которые будут оказывать Услуги, 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 соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, являющихся участниками указанных программ. Настоящим Договором Потребитель подтверждает, что осознанно и добровольно сделал выбор в пользу платных Услуг Клиники и понимает, что их стоимость не подлежит возмещению за счет средств ОМС;

1.4.3. уведомил об его обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности. Несоблюдение назначений / рекомендаций медицинских специалистов Исполнителя могут снизить качество Услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

1.4.4. информировал 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.

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.com/> и информационном стенде Исполнителя).

2.2. Услуги оказываются после заключения Сторонами Договора (заключается при первом обращении) и Дополнительного соглашения (заключается каждый раз при заказе Потребителем Услуги), 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 объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ / по просьбе и с письменного согласия 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 Потребителю дополнительного обследования, ответственность за его выполнение несет Потребитель, при отказе - лечащий врач вправе приостановить оказание Услуг из-за отсутствия необходимой для лечения 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 приобретённый 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 Заказчик 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, 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 Потребителя) / 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 общественного порядка; 3) наличие у Потребителя противопоказаний к Услугам, нарушение Потребителем 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 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.

3.5. Заказчик обязуется:

3.5.1. производить оплату Услуг в полном объёме и в порядке, определённом настоящим Договором;

3.5.2. выполнять иные условия Договора, относящиеся к Заказчику.

3.6. Заказчик имеет право:

3.6.1. в доступной форме получать информацию об Услугах в части, касающейся его обязательств по Договору.

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 Заказчик производит наличным или безналичным способом после их оказания или на условиях 100% предоплаты. Оплата подтверждается документом (кассовый чек или бланк строгой отчетности), который выдаётся Заказчику.

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 Исполнителя и солидарная ответственность Заказчика и Потребителя за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, а также порядок возмещения: 1) вреда, причиненного жизни/здоровью Потребителя в результате некачественно оказанной Услуги, 2) ущерба, причиненного Потребителем имуществу Исполнителя, регулируются законодательством Российской Федерации (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.

Претензия может быть направлена Потребителем Исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом.

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

6. Порядок заключения Договора дистанционным способом

6.1. До заключения Договора дистанционным способом:

6.1.1. Потребитель и Заказчик подтверждают, что ознакомились на сайте: <https://ci74.ru/> с утверждёнными Исполнителем Правилами применения пациентом (законным представителем пациента) электронной подписи при оформлении документов дистанционным способом;

6.1.2. Потребитель и Заказчик настоящим Договором соглашаются и признают, что электронные документы, подписанные ими электронной подписью (простой (ПЭП) / усиленной неквалифицированной (УНЭП) / усиленной неквалифицированной (УКЭП)), будут являться равнозначными документам на бумажных носителях.

6.2. Настоящий Договор заключается посредством электронных личных кабинетов Потребителя и Заказчика, расположенных на сайте: <https://ci74.ru/> (далее – Личный кабинет).

6.3. Настоящим Потребитель и Заказчик подтверждают, что:

6.3.1. Исполнителем до заключения Договора, в том числе посредством Сайта (или мобильного приложения), предоставлена следующая информация в отношении Исполнителя: наименование, ОГРН, ИНН, номера телефонов и режим работы, информация об оказываемых Услугах, порядке и способах их оплаты, сведения о лицензии, почтовый и электронный адреса, на который можно направить Исполнителю обращение;

6.3.2. ознакомились с размещёнными на Сайте локальными актами Исполнителя, регламентирующими порядок заключения Договора дистанционным способом, и иными локальными актами Исполнителя, регламентирующими порядок оказания платных медицинских услуг.

6.4. Личный кабинет – это совокупность данных Потребителя / Заказчика, хранящихся в компьютерной системе, необходимых для идентификации и аутентификации Потребителя (Пользователя) / Заказчика и предоставления им доступа к их личным данным и настройкам. Для входа в Личный кабинет требуется ввод имени (логина) и пароля. В Личном кабинете размещается информация, в том числе связанная с оказанием Потребителю Услуг, и результаты медицинских исследований. Объём размещаемой информации в Личном кабинете определяет Исполнитель.

Потребитель и Заказчик берут на себя обязанность и полную ответственность за сохранность данных (логина и пароля), необходимых для входа в их Личные кабинеты, и последствия их передачи (распространение конфиденциальной информации) третьим лицам любым способом (добровольная передача, небрежность/потеря, др.).

6.5. Настоящий Договор считается заключённым Сторонами со дня его оформления соответствующего согласия (акцепта) (подписание электронной подписью), в том числе путем совершения действий по выполнению условий Договора, включая внесение частично или полностью оплаты Услуг в порядке, предусмотренном Договором. С даты подписания Договора и осуществления Потребителем / Заказчиком оплаты Услуг, все условия Договора остаются неизменными и не подлежащими корректировке со стороны Исполнителя без согласия Потребителя и Заказчика.

6.6. Договор (согласие (акцепт)) подписывается:

6.6.1. электронной подписью (ПЭП / УНЭП / УКЭП) Потребителя и Заказчика и

6.6.2. усиленной квалифицированной электронной подписью (УКЭП) уполномоченного лица Исполнителя.

6.7. При заключении Договора Исполнитель предоставляет Потребителю и Заказчику подтверждение заключения Договора, которое должно содержать номер Договора или иной способ идентификации Договора, который позволяет Потребителю и Заказчику получить информацию о заключённом Договоре и его условиях.

По требованию Потребителя / Заказчика Исполнителем направляется Потребителю / Заказчику экземпляр заключённого Договора (выписка из Договора), подписанного (подписанная) УКЭП уполномоченного лица Исполнителя.

6.8. Идентификация Потребителя и Заказчика в целях заключения и (или) исполнения Договора, заключённого дистанционным способом, осуществляется с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме» (ЕСИА).

6.9. При заключении Договора дистанционным способом Потребитель / Заказчик обязан оплатить Услуги Исполнителя в порядке и сроки, установленные настоящим Договором, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона РФ «О защите прав потребителей».

7. Порядок изменения и расторжения Договора. Заключительные положения

7.1. Любые изменения к Договору оформляются Дополнительными соглашениями в том же порядке, в котором был заключен настоящий Договор - дистанционным способом.

7.2. Настоящий Договор / Дополнительное соглашение 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.

Расторжение Договора может быть совершено в том же порядке, в котором был заключен настоящий Договор - дистанционным способом.

7.3. До расторжения Договора / Дополнительного соглашения Заказчик / Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные при исполнении Договора / Дополнительного соглашения расходы и стоимость оказанных Услуг. При предоплате стоимость Услуг возвращается Стороне, оплатившей Услугу (Заказчику или Потребителю), в течение 3 рабочих дней с даты расторжения за вычетом стоимости оказанных Услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов. Соглашение о расторжении Договора / Дополнительного соглашения не заключается. Дата расторжения: дата окончательного расчёта между Сторонами.

7.4. Потребителю предоставляется доступ к электронному Личному кабинету на сайте: <https://ci74.ru/> и в мобильном приложении qMS Mobile на условиях настоящего Договора, Пользовательского соглашения и иных локальных актов Исполнителя. Потребитель несёт ответственность за своевременное предоставление Исполнителю сведений об изменении номера своего мобильного телефона и за доступ к Личному кабинету третьих лиц.

7.5. Электронная переписка имеет юридическую силу, если она велась Сторонами через Личный кабинет пациента, по адресам и/или телефонам, указанным в разд. 8 Договора.

7.6. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до даты расторжения в порядке, установленном Договором и/или законодательством РФ. При наличии заключенного ранее Сторонами договора на оказание платных медицинских услуг, он прекращает свое действие с даты заключения настоящего Договора.

7.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
7.8. 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.

7.9. Договор заключен в 3 (Трёх) экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному - для каждой Стороны.

8. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

8.1. Исполнитель **ООО «ПолиКлиника»**
Юр.и почтовый адрес: 454100, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, дом № 11, н/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
Уральский филиал АО "Райффайзенбанк"
К/с 30101810100000000906 БИК 046577906
Тел.: +7(351) 778-88-87 E-mail: info@ci74.com Сайт: ci74.ru

Должность, ФИО	М.П.	подпись
----------------	------	---------

8.2. Потребитель

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: ____ . ____ . ____ г. Паспорт серия ____ № ____ Выдан ____
____ . ____ . ____ г. Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства и почтовый: _____

Тел.: _____ E-mail _____

С условиями Договора согласен, с документами (п.1.4.) ознакомлен, оформленный экземпляр Договора получил,

Потребитель _____
(подпись, фамилия, инициалы Потребителя)

8.3. Заказчик

(фамилия, имя, отчество)

Дата рождения: ____ . ____ . ____ г. Паспорт серия ____ № ____ Выдан ____
____ . ____ . ____ г. Адрес регистрации: _____

Адрес места жительства и почтовый: _____

Тел.: _____ E-mail _____

С условиями Договора согласен, с документами (п.1.4.) ознакомлен, оформленный экземпляр Договора получил,

Заказчик _____
(подпись, фамилия, инициалы Заказчика)

Дополнительное соглашение № _____

г. Челябинск

_____ 202_ г.

_____ (ФИО Потребителя), действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, далее именуемый(ая) «**Потребитель**»,
_____ (ФИО Заказчика и Плательщика услуг), действующий(ая) от своего имени в интересах Потребителя, далее «**Заказчик**», с одной стороны, и
Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего на основании доверенности от __. __.20__ 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. 8.1 (банковские реквизиты) Договора. Оплатой Услуг и подписью в Соглашении Потребитель и Заказчик подтверждают, что перечень и стоимость Услуг с ними согласованы.

4. При выборе Заказчиком 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.com и на стендах в помещениях ООО «ПолиКлиника») при условии, если её действие на момент обращения Потребителя и Заказчика не приостановлено Исполнителем.

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

7. Во всём остальном, что не предусмотрено настоящим Соглашением, Стороны руководствуются Договором.

8. Соглашение составлено в трёх 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»

должность,

Подпись, ФИО

М.П.

9.2. Потребитель

ФИО

С условиями Соглашения согласен,
оформленный экземпляр получил,

Подпись, ФИО

9.3. Заказчик

ФИО

С условиями Соглашения согласен,
оформленный экземпляр получил,

Подпись, ФИО



ИСТОЧНИК
К Л И Н И К А

ООО "ПолиКлиника"
454100, г. Челябинск, ул. 40-летия Победы, д. 11
454003, г. Челябинск, ул. Чичерина, д. 34а
Тел.: +7 (351) 778 88 87, www.clinicaistchnik.ru
E-mail: admin@clinicaistchnik.ru, admin@ci74.ru



Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (ФИО полностью), (паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., номер телефона: _____, адрес электронной почты: _____ @ _____, адрес регистрации: _____) (далее – Потребитель),

в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю информированное добровольное согласие на обработку моих персональных данных (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) на следующих условиях:

1. К обработке персональных данных (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 (ч. 3 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ)), иные действия в рамках законов РФ.

2. Цели обработки ПД: медико-профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные; установление диагноза, оказание медицинских услуг; исполнение условий договора на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор); обработка ПД Оператором в процессе оказания медицинских услуг Потребителю, в том числе силами третьих лиц в рамках договорных отношений с Оператором (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, др.); проведение консилиумов/консультаций; оформление электронных рецептов на лекарственные препараты и листов нетрудоспособности, ведение медицинской документации; осуществление учета и контроля в системе ОМС и ДМС; контроль качества и безопасности медицинской деятельности; выполнение требований законодательства РФ, в том числе по передаче сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ); обеспечение внутриобъектового режима и безопасности на территории Оператора; продвижение услуг Оператора, изучение конъюнктуры рынка и статистических данных об оказанных услугах, аналитика эффективности рекламных каналов, повышение уровня услуг; др.

3. Предоставляю Оператору согласие на обработку следующих ПД: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, полисов ОМС/ДМС (при наличии), адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, адрес электронной почты, место работы/учёбы, должность, семейное положение, наличие детей, номера телефонов, медицинские данные (анамнез, диагноз, результаты исследований, иные сведения о состоянии здоровья, сведения об оказанных услугах, реквизиты листка нетрудоспособности, др.), другие общие, специальные и биометрические ПД, обработка которых необходима в рамках оказания медицинских услуг (медицинской помощи), фото- и видеоизображения Потребителя, полученные на территории Оператора, данные моих законных представителей и/или представителей по доверенности, предоставленные мной для целей взаимодействия с Оператором.

4. Прошу Оператора предоставлять мне медицинские и иные документы, содержащие мои ПД и информацию, составляющую врачебную тайну в отношении меня (далее – Документы), в электронном виде дистанционным способом путём:

4.1. размещения Документов в моём «Личном кабинете», расположенном на сайте: <https://ci74.ru/> или

4.2. направления Документов на адрес электронной почты, указанный мной при заключении Договора.

Дополнительное уведомление меня и моё согласие при направлении Документов указанными способами не требуется. В случае моего решения отказаться от предоставления мне Документов дистанционным способом, я заранее подам Оператору соответствующее заявление об этом.

Беру на себя ответственность за возможные негативные последствия в случае неверно указанного мной адреса электронной почты.

Я предупрежден и понимаю, что Документы, при их направлении на адрес электронной почты, будут поступать на незащищенный канал связи, что несёт риск несанкционированного доступа третьих лиц к ПД и их разглашению. В этом случае всю ответственность возлагаю на себя и гарантирую Оператору не предъявлять ему претензии/иски.

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.

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

5. Я понимаю, что сведения, составляющие врачебную тайну (специальная категория ПД), не передаются третьим лицам без моего согласия, за исключением случаев, определённых законом, договором и настоящим ИДС, и не предоставляются по телефону.

В случае моего решения передать мои сведения, составляющие врачебную тайну, третьему лицу, я предварительно предоставляю Оператору соответствующее ИДС способом, которым был заключен Договор (в личном порядке / дистанционно).

6. Предоставляю согласие Оператору на обработку ПД с целью: 1) регистрации и идентификации меня: 1.1) как Пользователя на Сайте: ci74.com / 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, рекламных путём автоматизированных звонков (робот) и их рассылки через SMS, разрешённые законом мессенджеры, электронную почту; заочный опрос для оценки оказанных мне услуг.

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

7.1. при установлении мной Оператору запретов на обработку моих ПД (далее – обработка ПД), такие запреты не распространяются на случаи обработки ПД без согласия Потребителя, определённые законом, настоящим ИДС и Договором, и необходимые для достижения Оператором уставных целей, для выполнения возложенных на него законом функций, полномочий, обязанностей и исполнения Договора, заключённого с Потребителем, др.;

7.2. 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.

8. Настоящее ИДС действует бессрочно и может быть отозвано 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: _____ 202__ г

Подпись Потребителя

ФИО Потребителя полностью



Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, _____ (ФИО полностью), (паспорт серии: _____ № _____, выдан: _____, дата выдачи: _____ г., номер телефона: _____, адрес электронной почты: _____ @ _____, адрес регистрации: _____ (далее – **Заказчик**), в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг от _____ 202__ № _____, заключенного в пользу Потребителя Услуг _____ (ФИО полностью) (далее – Договор), **даю информированное добровольное согласие на обработку моих персональных данных (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**) на следующих условиях:

1. К обработке персональных данных (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 (ч. 3 ст. 3 ФЗ № 152-ФЗ)), иные действия в рамках законов РФ.

2. Цели обработки ПД: медико-профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные; установление диагноза, оказание медицинских услуг; исполнение условий Договора на оказание платных медицинских услуг; обработка ПД Оператором в процессе оказания медицинских услуг Потребителю, в том числе силами третьих лиц в рамках договорных отношений с Оператором (сторонние лаборатории, медицинские учреждения, страховые медицинские компании, ТФОМС, ФСС, др.); проведение консилиумов/консультаций; оформление электронных рецептов на лекарственные препараты и листов нетрудоспособности, ведение медицинской документации; осуществление учета и контроля в системе ОМС и ДМС; контроль качества и безопасности медицинской деятельности; выполнение требований законодательства РФ, в том числе по передаче сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ); обеспечение внутриобъектового режима и безопасности на территории Оператора; продвижение услуг Оператора, изучение конъюнктуры рынка и статистических данных об оказанных услугах, аналитика эффективности рекламных каналов, повышение уровня услуг; др.

3. Предоставляю Оператору согласие на обработку следующих ПД: фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, гражданство, реквизиты документа, удостоверяющего личность, СНИЛС, адрес и дата регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, адрес электронной почты, место работы/учёбы, должность, номера телефонов, другие общие, специальные и биометрические ПД, обработка которых необходима в рамках исполнения Договора, фото- и видеозаписи, полученные на территории Оператора.

4. Прошу Оператора предоставлять мне документы, содержащие мои ПД и информацию, необходимую для исполнения Договора (далее – Документы), в электронном виде дистанционным способом путём:

4.1. размещения Документов в моём «Личном кабинете», расположенном на сайте: <https://ci74.ru/> или

4.2. направления Документов на адрес электронной почты, указанный мной при заключении Договора.

Дополнительное уведомление меня и моё согласие при направлении Документов указанными способами не требуется. В случае моего решения отказать от предоставления мне Документов дистанционным способом, я заранее подаю Оператору соответствующее заявление об этом.

Беру на себя ответственность за возможные негативные последствия в случае неверно указанного мной адреса электронной почты.

Я предупрежден и понимаю, что Документы, при их направлении на адрес электронной почты, будут поступать на незащищенный канал связи, что несёт риск несанкционированного доступа третьих лиц к ПД и их разглашению. В этом случае всю ответственность возлагаю на себя и гарантирую Оператору не предъявлять ему претензии/иски.

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

5. Предоставляю согласие Оператору на обработку ПД с целью: 1) регистрации и идентификации меня: 1.1) как Пользователя на Сайте: ci74.com / 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) информирования меня о медицинских услугах, акциях, рекламных путём автоматизированных звонков (робот) и их рассылки через SMS, разрешённые законом мессенджеры, электронную почту.

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

6.1. при установлении мной Оператору запретов на обработку моих ПД (далее – обработка ПД), такие запреты не распространяются на случаи обработки ПД без согласия Потребителя, определённые законом, настоящим ИДС и Договором, и необходимые для достижения Оператором уставных целей, для выполнения возложенных на него законом функций, полномочий, обязанностей и исполнения Договора, заключенного с Потребителем, др.;

6.2. 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.

7. Настоящее ИДС действует бессрочно и может быть отозвано в любое время по письменному заявлению Заказчика, 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: _____ 202__ г

Подпись Потребителя

ФИО Потребителя полностью

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(в порядке Приказа Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания пациента не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 № 390н (опрос: выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр: пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрягая ларингоскопия, вагинальное (для женщин), ректальное и антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования: клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования: электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования: флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые и доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача: внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура) (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения мной / лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) первичной медико-санитарной помощи в ООО «ПолиКлиника».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Закона может быть передана информация о состоянии моего здоровья / состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____, тел. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина) (контактный телефон)

Дата оформления: « _____ » _____ 202 _____ г.

_____, тел. _____
(подпись, фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись, фамилия, имя, отчество медицинского работника)