

_____, действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, с одобрения и согласия законного представителя _____ (ФИО), далее именуемый(ая) «Потребитель», с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «ЭкоКлиника» (ООО «ЭкоКлиника», лицензия на осуществление медицинской деятельности от 09.08.2019 рег. № Л041-01024-74/00333648 (№ по бланку ЛО-74-01-005172, 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 _____, 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: При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; сестринскому делу; функциональной диагностике; **при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; генетике; забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психотерапии; транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; **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); акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике и др.; **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 (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу; транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике и др.; **при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:** экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. По Договору Потребитель является пациентом, заказчиком и плательщиком Услуг.

Согласие законного представителя на заключение Потребителем настоящего Договора, соглашений к нему, самостоятельный выбор Услуг и самостоятельную оплату Услуг получено. Сведения о законном представителе внесены в медицинскую документацию Потребителя.

Законный представитель взял на себя солидарную ответственность по обязательствам Потребителя в рамках настоящего Договора и соглашений к нему (включая обязательства и ответственность по оплате Услуг) до приобретения Потребителем гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, эмансипация).

1.3. Услуги оказываются по адресу: 454003, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Чичерина, д.36в, пом. 10, 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: 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 «ЭкоКлиника», 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: ci74.ru 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.).

ИДС на обработку ПД даёт Потребитель с письменного согласия Законного представителя. При достижении Потребителем гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, эмансипация) согласие Законного представителя не требуется.

ИДС на медицинские вмешательства и отказ от них до достижения Потребителем возраста 15 лет даёт Законный представитель, при достижении 15 лет - Потребитель.

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 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 несет ответственность за распространение указанной информации, если Потребитель 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 Услуги 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 Услуги 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 после их оказания или на условиях 100% предоплаты. 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 за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, 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.

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 / 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.

6.3. До расторжения Договора / Дополнительного соглашения Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные при исполнении Договора / Дополнительного соглашения расходы и стоимость оказанных Услуг. При предоплате стоимость Услуг возвращается 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.

6.4. Потребителю предоставляется доступ к электронному личному кабинету на сайте: 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 через Личный кабинет пациента, по адресам и/или телефонам, указанным в разд. 7 Договора.

6.6. 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.

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

6.8. 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

Юр. и почтовый адрес: 454003, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Чичерина, д. 36в, пом. 10
ИНН 7447279958 КПП 744701001

7.2. Потребитель

(фамилия, имя, отчество)

ОГРН 1177456104374 (запись в ЕГРЮЛ
от 14.12.2017 г., Инспекция федеральной налоговой
службы № 17 по Челябинской области)
Банковские реквизиты: Р/с 40702810700810027498 в
ФИЛИАЛЕ «Центральный» ВТБ (ПАО)
К/с 30101810145250000411 БИК 044525411
Тел.: +7(351) 778-88-87
E-mail: info@ci74.ru Сайт: ci74.ru

(должность)

М.П. Подпись ФИО

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 ФИО

Дополнительное соглашение № _____

г. Челябинск

_____ 202_ г.

_____, действующий(ая) от своего имени и в своих интересах, с одобрения и согласия законного представителя _____ (ФИО), далее именуемый(ая) «Потребитель», с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «ЭкоКлиника» (ООО «ЭкоКлиника», лицензия на осуществление медицинской деятельности от 09.08.2019 рег. № Л041-01024-74/00333648 (№ по бланку ЛО-74-01-005172, 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 _____, 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. 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 si74.com и на стендах в помещениях ООО «ЭкоКлиника») 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. Согласие и одобрение на заключение Соглашения со стороны Законного представителя получено при заключении Договора.

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

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

10. Подписи Сторон

10.1. Исполнитель

ООО «ЭкоКлиника»

10.2. Потребитель

ФИО полностью

С условиями Соглашения согласен, оформленный экземпляр Соглашения получил,

Потребитель

(должность)

М.П. Подпись

ФИО

Подпись

ФИО

**Информированное добровольное согласие Законного представителя
на заключение Потребителем в возрасте от 14 до 18 лет договора на оказание платных медицинских услуг и
дачу информированного добровольного согласия на обработку персональных данных**

Я, _____, _____

ФИО законного представителя полностью

дата рождения: ____ . ____ . ____ г., адрес регистрации: _____

адрес места жительства (при совпадении с адресом регистрации указать – совпадает): _____

паспорт: ____ № ____ выдан: _____

_____, дата выдачи: ____ . ____ . ____ г.,

контактный телефон: +7 (____) _____, электронный адрес: _____@_____

являясь **Законным представителем** несовершеннолетнего(ей) (от 14 до 18 лет) (недееспособного(ой)) _____

_____ (*ФИО полностью*), дата рождения: ____ . ____ .20 ____ г.р. (далее – **Потребитель**),

на основании п. 1 ст. 64 СК РФ / п. 2. ст. 15 ФЗ от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», иных нормативных актов РФ, даю **информированное добровольное согласие на следующие действия Потребителя при взаимоотношениях с ООО ЭкоКлиника** (454003, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Чичерина, д.36в, пом. 10, ИНН 7447279958 КПП 744701001 ОГРН 1177456104374, далее - **Оператор**):

- на заключение Потребителем договора на оказание платных медицинских услуг и дополнительных соглашений к нему (далее – Договор и Соглашение);
- на дачу Потребителем Оператору информированного добровольного согласия на обработку персональных данных;
- на самостоятельный выбор Потребителем необходимых ему медицинских услуг;
- самостоятельную оплату Потребителем оказанных ему медицинских услуг.

Претензий в связи с фактом оказания Потребителю медицинских услуг, самостоятельным выбором Потребителем медицинских услуг, подлежащих оплате, а также с их оплатой со стороны Потребителя, не имею и иметь не буду.

Беру на себя солидарную ответственность по обязательствам Потребителя в рамках Договора и дополнительных Соглашений, как до приобретения Потребителем гражданской дееспособности (совершеннолетие, вступление в брак до 18 лет, эмансипация), так и после её приобретения, вплоть до исполнения обязательств Потребителя по Договору, в том числе, но не ограничиваясь, в части оплаты оказанных Потребителю медицинских услуг.

Статус Законного представителя по отношению к Потребителю - _____
мать/отец/усыновитель/опекун/попечитель

подтверждаю _____

указать наименование и реквизиты документа (паспорт (реквизиты указаны в п.1 настоящего согласия) / свидетельство о рождении / документ, выданный органами записи актов гражданского состояния / решение органов опеки и попечительства / вступившее в законную силу решения суда об усыновлении (удочерении) ребенка

Дата подписания: ____ . ____ .202 ____ г.

Подпись, фамилия, имя, отчество законного представителя 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 – **Потребитель**), с одобрения и согласия законного представителя _____ (ФИО), 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 ЭкоКлиника» 454003, Челябинская обл., г. Челябинск, ул. Чичерина, д.36в, пом. 10, ИНН 7447279958 КПП 744701001 ОГРН 1177456104374, 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: 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 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](http://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, заключенного 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

